



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

RISCO DE QUEDA NO IDOSO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO

Ana Isabel Faria da Costa



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Ana Isabel Faria da Costa

RISCO DE QUEDA NO IDOSO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO

III Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Cidália Amorim

Maio de 2019

RESUMO

O envelhecimento da população é um fenómeno social que afeta a população mundial e cujas alterações resultantes, contribuem para o aumento da ocorrência de quedas em indivíduos com idades iguais ou superiores a 65 anos.

O presente estudo teve como objetivos gerais avaliar o risco de queda nos idosos inscritos nas equipas de saúde do CS de Viana do Castelo e identificar fatores de risco. Baseou-se num estudo observacional, de tipologia transversal com uma abordagem quantitativa e uma tipologia de amostragem não probabilística, por conveniência e proporcional por UF, com um nível de confiança de 95% e um erro amostral de 5%.

Para a recolha da informação, utilizou-se um questionário que contém a escala de Morse, o índice de Barthel e o questionário de saúde e identificação de fatores de risco de queda. No tratamento de dados efetuou-se uma análise estatística descritiva e inferencial, recorrendo ao programa informático SPSS versão 23.

Participaram no estudo 369 idosos com idades compreendidas entre os 65 e 96 anos, com uma perceção atual do seu estado geral saúde, de visão e audição razoável; 25,2% apresentaram algum tipo de dependência para as AVD's e 34,5% risco de queda. As quedas ocorreram maioritariamente dentro de casa (58,4%); por "escorregão" (33,6%) e por "tropeção" (32,8%); enquanto caminhavam (50,4%); com uma média de 5,71 dias em que estiveram impossibilitados de realizar as atividades de vida diária tarefas diárias. Resultaram em lesão 53,6% das quedas, das quais 37,3% de feridas traumáticas seguida de 23,9% de fraturas, sendo os membros superiores os locais do corpo mais prevalentes (43,8%). Sofreram pelo menos uma queda 33,9% das pessoas idosas, nos últimos 12 meses e desses 77,6% recorreram aos serviços de saúde.

Verificou-se uma correlação entre o risco de queda e a idade ($p=0,000$), sendo mais elevado nos mais idosos; uma correlação entre o risco de queda e a dependência ($p=0,000$), sendo mais elevado nos idosos dependentes e a ausência de relação entre o risco de queda e o sexo ($p=0,589$).

Concluiu-se que o risco de queda é muito elevado para esta população, sendo importante a realização de mais estudos de investigação sobre a referida problemática e o desenvolvimento de intervenções individuais, à família e comunidade, recorrendo a parcerias comunitárias, baseadas no planeamento em saúde com o objetivo de prevenir as quedas nos idosos.

Descritores: Acidentes por quedas, idoso, risco, fatores de risco

ABSTRACT

The population's aging is a social phenomenon that affects the world's population, whose resulting changes, contribute to the increased occurrence of falls in individuals with 65 years or more.

The present study had as general objectives to evaluation of the risk of falls in the elderly enrolled in the health teams from the CS of Viana do Castelo and to identify risk factors. It was based on a observational, transversal and quantitative study, with a sampling typology that was non-probabilistic, for convenience and proportional by functional unit, with a confidence level of 95% and a sampling error of 5%.

For information collection, was used a questionnaire that contains the Morse scale, Barthel's index and the health questionnaire and identification of risk factors for falls. In the data processing a descriptive and inferential statistical analysis was carried out, using the SPSS software version 23.

The study involved 369 elderly people aged between 65-96 years, with a current perception of their general health, vision and reasonable hearing; 25,2% had some type of dependence for ADL's and 34,5% had a fall risk. The falls occurred mostly in the home (58,4%), by "sliding" (33,6%) and by "stumbling" (32,8%); when walking (50,4%); with an average of 5,71 days in witch they were unable to perform daily life activities. Resulted in injury 53,6% of the falls, 37,3% of traumatic injuries followed by 23,9% of fractures, the most prevalent body sites were the upper limbs (43,8%). Suffered at least one fall 33,9% of the elderly, in the last 12 months and 77,6% of them went to health services.

It was verified a correlation between the falls risk and age ($p = 0.000$), being higher in the elderly; a correlation between falls risk and dependence ($p = 0.000$), being higher in the older dependent and no relation between the falls risk and sex ($p = 0.589$)

It was concluded that the risk of falling is very high for this population, and it is of great importance to carry out more research on this subject and to develop individual interventions, to the family and community, using community partnerships based on health planning with the aim of preventing falls in the elderly.

Descriptors: accidental falls, elderly, risk, risk factors

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, a possibilidade de realizar esta caminhada de enriquecimento pessoal e profissional, porque sem Ele nada seria possível.

Agradeço também, à minha orientadora, Prof. Dra. Cidália Amorim, pela disponibilidade, confiança e tranquilidade que demonstrou durante a execução deste trabalho. Foi a pessoa certa, no momento certo. Deixou-me trilhar o meu próprio caminho, sem nunca deixar de me acompanhar, neste processo de aprendizagem.

Ao Prof. Dr. Luís Graça, pelo enorme contributo dado na fase metodológica e na análise estatística dos resultados.

Ao meu marido, Bruno e aos meus pais (Carlos e Isabel) pelo incentivo e apoio que me deram, desde o primeiro momento que em que decidi realizar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e em todos os desafios da minha vida.

À minha amiga Sara Rufo, por me ter desafiado para a realização deste mestrado, por todos os momentos que vivemos juntas, por toda a motivação que me transmitiu e acima de tudo por ser minha amiga.

À minha colega de trabalho e amiga Luísa Pinto, por todo o apoio que me deu e pela forma que cuidou dos meus utentes nas minhas ausências.

À minha médica nefrologista e amiga Prof. Dra. Carla Araújo, que não me deixou desistir da concretização deste sonho. Esteve mais uma vez presente numa decisão importante da minha vida, não podendo deixar de lhe agradecer de todo o coração. É a prova da importância que os profissionais de saúde têm na vida das pessoas.

A todos os elementos das Unidades de Saúde que permitiram a realização desta investigação, em especial aos Enfermeiros pela sua colaboração, sem os quais acredito que este trabalho não seria possível.

Por último e não menos importante, agradeço a todos os idosos que participaram no estudo, pois a sua participação foi fundamental para a concretização deste trabalho de investigação.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus
filhos ***Inês*** e ***Tomás***, que são a
maior riqueza da minha vida.

PENSAMENTO

***“Você nunca sabe que resultados
virão da sua ação. Mas se você não fizer
nada, não existirão resultados”***

Mahatma Gandhi

SUMÁRIO

RESUMO.....	III
ABSTRACT.....	IV
AGRADECIMENTOS	V
DEDICATÓRIA.....	VI
PENSAMENTO	VII
SUMÁRIO.....	VIII
ÍNDICE DE FÍGURAS.....	XI
ÍNDICE DE TABELAS.....	XI
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	XIII
ABREVIATURAS	XIV
ACRÓNIMOS	XV
SIGLAS	XVI
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – PROMOÇÃO DA SAÚDE E INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA.....	4
1.1. Enfermagem Transcultural – Modelo Sunrise.....	7
CAPÍTULO II – ENVELHECIMENTO E A PESSOA IDOSA.....	11
2.1. Dados demográficos	12
2.2. Teorias do envelhecimento	13
2.3. Alterações biopsicossociais e sexuais no idoso	15
2.4. Envelhecimento ativo	18
CAPÍTULO III – QUEDAS NA PESSOA IDOSA	20
3.1. Prevalência de quedas.....	21
3.2. Fatores de risco de queda.....	23
3.3. Consequências das quedas	31
3.4. Avaliação do risco de queda	35
3.5. Promoção da saúde na perspectiva da prevenção de quedas no idoso.....	36

CAPÍTULO IV – OPÇÕES METODOLÓGICAS	44
4.1. Finalidade, questão de investigação e objetivos	45
4.2. Tipo de estudo	46
4.3. Contexto, população e amostra.....	46
4.4. Hipóteses e variáveis	48
4.5. Instrumentos de recolha de dados	49
4.6. Procedimentos de recolha de dados	51
4.7. Tratamento e análise de dados.....	51
4.8. Questões éticas	52
CAPÍTULO V – RESULTADOS DO ESTUDO.....	54
5.1. Caracterização sociodemográfica	55
5.2. Caracterização do estado de saúde.....	57
5.3. Ocorrência de quedas.....	66
5.4. Características das quedas.....	67
5.5. Utilização de serviços de saúde após a queda.....	70
5.6. Associação entre o risco de queda e a idade	70
5.7. Relação entre o risco de queda e o sexo	71
5.8. Associação entre o risco de queda e a dependência nas ABVD's.....	71
CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	73
6.1. Limitações do estudo	83
CONCLUSÃO.....	85
BIBLIOGRAFIA:.....	88
ANEXOS	101
Anexo A - Algoritmo “ <i>Preventing of Falls in Older Persons Living in the Community</i> ”	102
Anexo B - Escala de Morse.....	104
Anexo C - Índice de Barthel	106
Anexo D - Questionário de saúde e identificação de fatores de risco de queda para a população idosa.....	108

APÊNDICES.....	111
Apêndice A - Pedido de autorização para recolha de dados e parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ULSAM	112
Apêndice B - Consentimento Informado.....	116
Apêndice C - Autorização para a utilização do questionário de saúde e identificação de fatores de risco de queda para a população idosa	118
Apêndice D - Questionário <i>“Risco de queda no idoso em contexto comunitário”</i>	120

ÍNDICE DE FÍGURAS

Figura 1 – Modelo Sunrise	8
Figura 2 – Determinantes Sociais: Modelo de Dahlgren e Whitehead.....	24

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Total de óbitos por quedas acidentais e impactos causados por objetos lançados, projetados ou em queda em Portugal / por sexo / por idade / por ano e média de idade dos óbitos por ano	32
Tabela 2 – Taxas de mortalidade bruta e padronizada por quedas acidentais e impactos causados por objetos lançados, projetados ou em queda em Portugal em todas as idades / por sexo / por grupo etário (nº óbitos por 100 000 habitantes) e por ano.....	32
Tabela 3 – Óbitos por queda acidental e impactos causados por objetos lançados, projectados ou em queda, por local de residência, grupo etário (idade ≥ a 65 anos) e por ano	33
Tabela 4 – Níveis de risco de queda identificados em diferentes estudos, segundo instrumento aplicado.....	36
Tabela 5 – Distribuição dos participantes pelas UF que integram o estudo.....	47
Tabela 6 – Descrição das Variáveis	48
Tabela 7 – Distribuição das pessoas idosas segundo o grupo etário (n=369)	55
Tabela 8 – Distribuição das pessoas idosas segundo o sexo (n=369)	56
Tabela 9 – Distribuição do estado de saúde geral, visão e audição das pessoas idosas, segundo a percepção atual (n=369)	57
Tabela 10 – Distribuição das pessoas idosas segundo a ocorrência de intervenção cirúrgica nos últimos 12 meses (n=369)	57
Tabela 11 – Distribuição de pessoas idosas segundo a autonomia nas tarefas diárias (n=369)	58
Tabela 12 – Distribuição de pessoas idosas segundo a utilização de auxiliar de marcha (n=369)	58

Tabela 13 – Distribuição de pessoas idosas que utilizam auxiliar de marcha segundo a possibilidade de efetuar uma deslocação autónoma (n=74).....	59
Tabela 14 – Distribuição de pessoas idosas segundo a ingestão de medicação diária (n=369)	59
Tabela 15 – Distribuição de pessoas idosas segundo a ingestão de medicação do foro psíquico (n=369)	60
Tabela 16 – Distribuição das pessoas idosas segundo a presença de medo de cair (n=369)	60
Tabela 17 – Distribuição das pessoas idosas com medo de cair segundo a possibilidade deste condicionar a realização de atividades diárias (n=251)	61
Tabela 18 – Estatísticas descritivas resultantes da aplicação do Índice de Barthel (n=369)	61
Tabela 19 – Distribuição das pessoas idosas segundo os domínios do Índice de Barthel (n=369)	62
Tabela 20 – Estatísticas descritivas resultantes da aplicação da Escala de Morse (n=369)	63
Tabela 21 – Distribuição das pessoas idosas segundo os domínios da Escala de Morse (n=369)	64
Tabela 22 – Distribuição das pessoas idosas SEM RISCO (n=242) / COM RISCO (n=127) de queda segundo domínios da Escala de Morse.....	65
Tabela 23 – Distribuição de pessoas idosas segundo a ocorrência de uma única queda ou de quedas recorrentes (n=125)	66
Tabela 24 – Distribuição de pessoas idosas segundo o local da queda (n=125).....	67
Tabela 25 – Distribuição de pessoas idosas segundo o motivo de queda (n=125) ...	67
Tabela 26 – Distribuição de pessoas idosas segundo as atividades realizadas no momento da queda (n=125)	68
Tabela 27 – Distribuição de pessoas idosas segundo o mínimo de dias que estiveram impossibilitados de realizar as atividades do dia-a-dia (n=125).....	68
Tabela 28 – Distribuição de pessoas idosas segundo a ocorrência de lesão resultante da queda (n=125)	69
Tabela 29 – Distribuição de pessoas idosas segundo o tipo de lesão resultante da queda (n=67)	69

Tabela 30 – Distribuição de pessoas idosas que sofreram fratura segundo o seu local de ocorrência (n=16).....	69
Tabela 31 – Análise estatística da associação entre o risco de queda e a idade (n=369)	71
Tabela 32 – Análise estatística da relação entre o risco de queda e o sexo (n=369)	71
Tabela 33 – Análise estatística da associação entre o risco de queda e a dependência dos idosos (n=369)	72

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição das pessoas idosas por local de residência (freguesia) (n=369)	56
Gráfico 2 – Distribuição do tipo de intervenção cirúrgica efetuada nos últimos 12 meses (n=369).....	58
Gráfico 3 – Distribuição de pessoas idosas que ingerem medicamentos diariamente segundo o nº de medicamentos ingeridos (n=358)	60
Gráfico 4 – Distribuição da dependência das pessoas idosas para as AVD's (n=369).....	63
Gráfico 5 – Distribuição do risco de queda na amostra (n=369)	64
Gráfico 6 – Distribuição de pessoas idosas segundo a ocorrência de quedas (n=369).....	66
Gráfico 7 – Distribuição da utilização de serviços de saúde após a queda (n=67)	70

ABREVIATURAS

Doutor(a)	<i>Dr(a).</i>
Edição	<i>ed.</i>
Et alii (e outros)	<i>et al.</i>
Número	<i>n.</i>
Página	<i>p.</i>
Professor	<i>Prof.</i>
Volume	<i>Vol.</i>

ACRÓNIMOS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
ProFaNE	Prevention of Falls Network Europe
ProFouND	Prevention of Falls Network Europe of Dissemination
REPE	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
RCAAP	Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SESARAM	Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira
ULSAM, EPE	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Entidade Pública Empresarial
WHO	World Health Organization

SIGLAS

ACSS	Administração Central dos Serviços de Saúde
AGS/BGS	American Geriatrics Society / British Geriatrics Society Clinical
ABVD	Atividade Básica de Vida Diária
AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
AVD	Atividade de Vida Diária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção Geral da Saúde
DL	Decreto-Lei
DNA	Ácido desoxirribonucleico
DSIA	Direção de Serviços de Informação e Análise
ECCI	Equipe de Cuidados Comunitários Integrados
EpS	Educação para a Saúde
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SS	Serviços de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde Familiar
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UF	Unidade Funcional
US	Unidade de Saúde
USF	Unidade de Saúde Familiar

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenómeno social crescente a nível mundial, resultante do aumento da esperança de vida, provocado pelos avanços tecnológicos, pela melhoria das condições socioeconómicas e pela diminuição da taxa de natalidade e de fertilidade.

O “*Índice global de envelhecimento 2015*” elaborado pela organização HelpAge Internacional prevê que em 2050 o mundo apresentará uma população muito mais envelhecida do que na atualidade. Em Portugal no ano de 2015 existiam 27,1% de pessoas com mais de 60 anos, prevendo-se que em 2050 existam 41,2%.

O processo de envelhecimento, a nível individual, provoca inúmeras alterações degenerativas que tornam a pessoa idosa mais frágil e vulnerável em relação a determinados acontecimentos, nomeadamente às quedas. Estas são consideradas, um grave problema de Saúde Pública que estão na origem de uma significativa morbilidade e mortalidade na população idosa. De acordo com a World Health Organization (2007), entre 28 a 35% da população com idade igual ou superior a 65 anos sofre uma queda todos os anos, aumentando esta prevalência para 32 a 42% na população com idade superior a 70 anos. No entanto, a referida entidade evidencia que com uma avaliação multifatorial de risco de queda, associada a uma intervenção baseada nos resultados obtidos, é possível reduzir a ocorrência de queda nos idosos (*idem*).

Os enfermeiros, independentemente das suas áreas de intervenção, são confrontados diariamente com o diagnóstico de enfermagem “*queda*”, permitindo-lhes observar diretamente as suas consequências quer para o utente, quer para os Serviços de Saúde (SS), através do aumento significativo dos gastos de recursos materiais e humanos. Esta realidade orienta os profissionais a realizar estudos sobre a problemática em questão, com o intuito de reduzir ao máximo as situações que põem em causa a saúde e bem-estar da população.

Aos enfermeiros, cabe desenvolver competências técnicas e humanas para a resolução desta problemática, sustentadas na evidência científica e nos referenciais teóricos da profissão de enfermagem. Assim sendo, a Teoria da Enfermagem Transcultural fundada por Madeleine Leininger, foi a selecionada para abordar a problemática em estudo, uma vez que preconiza que a pessoa deve ser vista de uma forma holística, tendo em conta os diferentes contextos de vida, culturas, crenças e valores. Para essa teórica, a intervenção de enfermagem deve centrar-se no cuidar, através de ações que visam ajudar, apoiar ou capacitar o indivíduo, família ou grupo a manter o bem-estar, melhorar os estilos de vida, recuperar a saúde, promover a qualidade de vida, adequar-se às limitações e preparar-se para a morte (Leininger 2006 *in* Sagar, 2012).

A nível nacional, o Programa do XVII Governo Constitucional, através do Decreto-Lei 101/2006 (p. 3856) determinou a implementação de políticas de saúde, integradas no Plano Nacional de Saúde (PNS), e de segurança social que visam:

“desenvolver ações mais próximas das pessoas em situação de dependência; (...) potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade, e ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade”.

Para responder a este novo modelo de intervenção, foram criadas unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde integradas numa rede de cuidados continuados, que por sua vez se encontra interligada com as redes nacionais de saúde e de segurança social. Essas unidades são constituídas por equipas de profissionais qualificados, com participação de vários parceiros da comunidade, para a prestação de cuidados dirigidos a pessoas em situação de dependência ou vulnerabilidade, com base na melhoria da acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde (*idem*). Mais tarde, através do Decreto-Lei n.º 28/2008, surgem outras unidades funcionais, as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC's), assente nos mesmos princípios.

Com a reorganização dos cuidados de saúde, da qual resultaram inovações na metodologia de intervenção de base comunitária associadas às novas necessidades em saúde, o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária assume um papel fundamental uma vez que

“adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania” (Regulamento n.º 128/2011, p. 8667).

Sendo a “*Queda no idoso*” considerada uma problemática de interesse comunitário, devido ao seu impacto no indivíduo, família e própria comunidade, considerou-se fundamental, avaliar o risco de queda e identificar alguns fatores de risco, de forma a estudar esse fenómeno nos idosos inscritos nas equipas de saúde do Centro de Saúde (CS) de Viana do Castelo e assim despertar o interesse dos profissionais em relação à referida temática, para que se torne prioritária na abordagem à pessoa idosa, através de intervenções individuais e/ou de base comunitária assente na capacitação de grupos e comunidades e reorganização ambiental para diminuir o seu impacto na comunidade. Essa pretensão foi sustentada pelo Despacho n.º 1400-A/2015 (3882-7) onde consta que “*as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem (...) investigar as causas das [quedas] que ocorrem na instituição (...) para identificar os fatores contribuintes e prevenir a recorrência das mesmas*”.

Face às razões apresentadas, aliadas às motivações pessoais e profissionais, surgiu a problemática deste estudo “*Queda no Idoso*” que deu origem ao presente documento escrito intitulado “Risco de Queda no Idoso em Contexto Comunitário”, realizado no âmbito do III Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Assim sendo, foi delineada a seguinte pergunta de investigação: ***Qual o risco de queda nos idosos inscritos no CS de Viana do Castelo e quais os seus fatores de risco?***

Relativamente aos objetivos do estudo, foram definidos dois objetivos gerais com os respetivos objetivos específicos:

- Avaliar o risco de queda nos idosos inscritos no CS de Viana do Castelo;
 - Descrever as características do estado de saúde dos inquiridos;
 - Determinar a proporção de idosos que sofreram queda nos últimos 12 meses;
 - Determinar a proporção de idosos com quedas recorrentes;
 - Descrever as características da queda;
 - Determinar a proporção de idosos que, após a queda, tiveram necessidade de recorrer aos cuidados de saúde primários ou hospitalares;
- Identificar fatores de risco de queda nos idosos inscritos no CS de Viana do Castelo.
 - Avaliar a associação entre o risco de queda e a idade;
 - Avaliar a relação entre o risco de queda e o sexo;
 - Avaliar a associação entre o risco de queda e a dependência.

Este documento foi estruturado em seis capítulos, sendo que os três primeiros correspondem ao enquadramento teórico, onde se procede a uma breve abordagem sobre a promoção de saúde e intervenção comunitária, sobre o envelhecimento e a pessoa idosa e sobre as quedas nas pessoas idosas, resultante de uma pesquisa bibliográfica, realizada em diferentes acervos, entre outros, documentos de entidades idóneas da área da saúde (como por ex. a Direção Geral da Saúde (DGS) e a World Health Organization (WHO) e nas bases de dados científicas: Scielo, RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal), B-on e repositórios de Escolas Superiores e Universidades. No capítulo IV descrevem-se as opções metodológicas, no capítulo V apresentam-se os resultados obtidos e no capítulo VI procede-se à discussão dos resultados. Por último, expõem-se as conclusões da investigação efetuada e respetivas referências bibliográficas.

CAPÍTULO I – PROMOÇÃO DA SAÚDE E INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

A WHO desde 1948 considera a saúde *“um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”*. No entanto, essa definição tem vindo a sofrer alterações ao longo do tempo, passando a incluir a percepção individual da pessoa sobre a sua própria saúde em determinado momento da sua vida. Assim sendo, atualmente para a Ordem dos Enfermeiros (OE) portuguesa, a saúde é considerada um *“(...) estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual”* (OE, 2001, p. 8).

A promoção da saúde assume um papel fundamental na melhoria de condições de saúde da população, permitindo que cada indivíduo possa atuar sobre os fatores determinantes da saúde, de modo a maximizar ganhos em saúde, contribuir para a redução das desigualdades e construir capital social (WHO, 1986; WHO, 1997). Traduz-se num processo de capacitação, que tem como finalidade a melhoria da qualidade de vida, através de maior participação e responsabilização dos indivíduos (WHO, 1986).

A primeira Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde, realizou-se em Ottawa no Canadá no ano de 1986, com o principal objetivo de incentivar as organizações e os governos para a implementação de estratégias de promoção de saúde, de forma a atingirem a metas da saúde para todos no ano 2000 (Portal da Saúde Pública, 2018). Dessa conferência mundial resultaram cinco eixos estruturantes: construir políticas saudáveis, criar ambientes favoráveis, reforçar a ação comunitária, desenvolver competências pessoais e reorientar os SS (WHO, 1986). Ao nível do desenvolvimento de competências, foi proposto a capacitação de pessoas e comunidades, de modo a agirem sobre os determinantes da saúde, fomentando uma responsabilidade partilhada de todos pela própria saúde (*idem*).

A Conferência de Jacarta - 4ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, para além de sustentar áreas de ação resultantes da Conferência de Ottawa, reforçou a importância da cooperação e das parcerias, entre o estado, o setor privado e a sociedade, para o sucesso da promoção de saúde. Como solução futura, foram impulsionadas a implementação de parcerias tidas como fundamentais para a saúde, através da partilha de especializações, competências e recursos, passando as prioridades para a promoção da saúde no século XXI por promover a responsabilidade social no que respeita à saúde, reforçar os investimentos para o desenvolvimento em saúde, consolidar e expandir as parcerias em saúde, aumentar a capacitação da comunidade e do indivíduo e garantir uma infraestrutura para a promoção da saúde (WHO, 1997).

Mais tarde ocorreu a Conferência de Nairobi, 7.^a Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde, no Quênia em 2009, que reforçou a importância da promoção da saúde, alinhando-se com as recomendações e estratégias de ação referidas na Declaração de Ottawa (WHO, 2009). Foram definidas como principais recomendações: fortalecer a liderança e as forças de trabalho, integração da promoção da saúde, empoderamento das comunidades e indivíduo, melhorar o processo participativo e construir e aplicar conhecimento que permitam às pessoas um maior controlo sobre as suas próprias vidas (*idem*).

Em 2013 em Helsínquia, ocorreu a 8.^a Conferência Global sobre Promoção da Saúde “*Saúde em todas as políticas*”, onde se estabeleceram as seguintes metas: priorizar a saúde e a equidade como uma responsabilidade central dos governos para com seus cidadãos, reconhecer a necessidade imperiosa e urgente de uma coordenação política eficaz para a saúde e afirmar que isso exigirá vontade política, coragem e visão estratégica (WHO, 2014). A 22.^a Conferência Mundial aconteceu no Brasil (Curitiba) em 2016, da qual resultou a declaração de Curitiba para promoção da saúde e equidade, com objetivo primordial de garantir a democracia e os direitos humanos em todos os países (International Union for Health Promotion and Education, 2016).

A última conferência sobre a referida temática foi realizada em outubro de 2018, no Cazaquistão - Astana, onde foi acordado um fortalecimento dos sistemas de CSP, como forma de alcançar a cobertura universal de saúde, com base em escolhas políticas arrojadas para a saúde em todos os setores, na construção de CSP sustentáveis, na capacitação dos indivíduos e comunidades e na orientação do apoio das partes interessadas de acordo com as políticas, estratégias e planos nacionais (WHO, 2018).

Como se pode constatar, a promoção da saúde deve centrar-se na intervenção comunitária, com vista a melhoria da saúde e bem-estar da população, através do *empowerment* das comunidades, para que assumam o controlo da sua própria saúde. Este processo é assegurado com base em parcerias comunitárias que reforçam a participação pública e orientam para a resolução dos problemas de saúde (Portal da Saúde Pública, 2018). Numa comunidade empoderada os indivíduos agem coletivamente, para atuar sobre os determinantes em saúde e na qualidade de vida da população pertencente à comunidade, por sua vez, numa comunidade capacitada as pessoas e as organizações aplicam os seus recursos materiais e humanos coletivamente, para resolver as suas necessidades em saúde (WHO, 1998).

No mesmo sentido, uma intervenção de âmbito comunitário deverá assentar na metodologia do planeamento em saúde que preconiza realização do diagnóstico de

situação, resultando na identificação fundamentada dos problemas e necessidades em saúde. Estas necessidades carecem de ser priorizadas, seguindo-se a definição de objetivos e de estratégias de intervenção. Após a etapa de execução, realiza-se a avaliação, podendo surgir diagnósticos futuros (Imperatori e Giraldes, 1993).

O enfermeiro generalista é considerado, de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem e assume o dever de conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está profissionalmente inserido, participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas detetados e colaborar com os profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade (OE, 2015). No entanto, cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, nas suas áreas de intervenção: Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública e Enfermagem de Saúde Familiar,

“fruto do seu conhecimento e experiência clínica (...) um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde” (Regulamento n.º 128/2011, p. 8867).

Em contexto comunitário, transversalmente ao planeamento em saúde, cujo objetivo é a obtenção dos resultados pretendidos face aos problemas de saúde, torna-se prioritário que o profissional de enfermagem sustente a sua prática clínica numa teoria ou modelo de enfermagem no âmbito da promoção de saúde, como é exemplo a Teoria da Diversidade e do Cuidar Cultural.

1.1. Enfermagem Transcultural – Modelo Sunrise

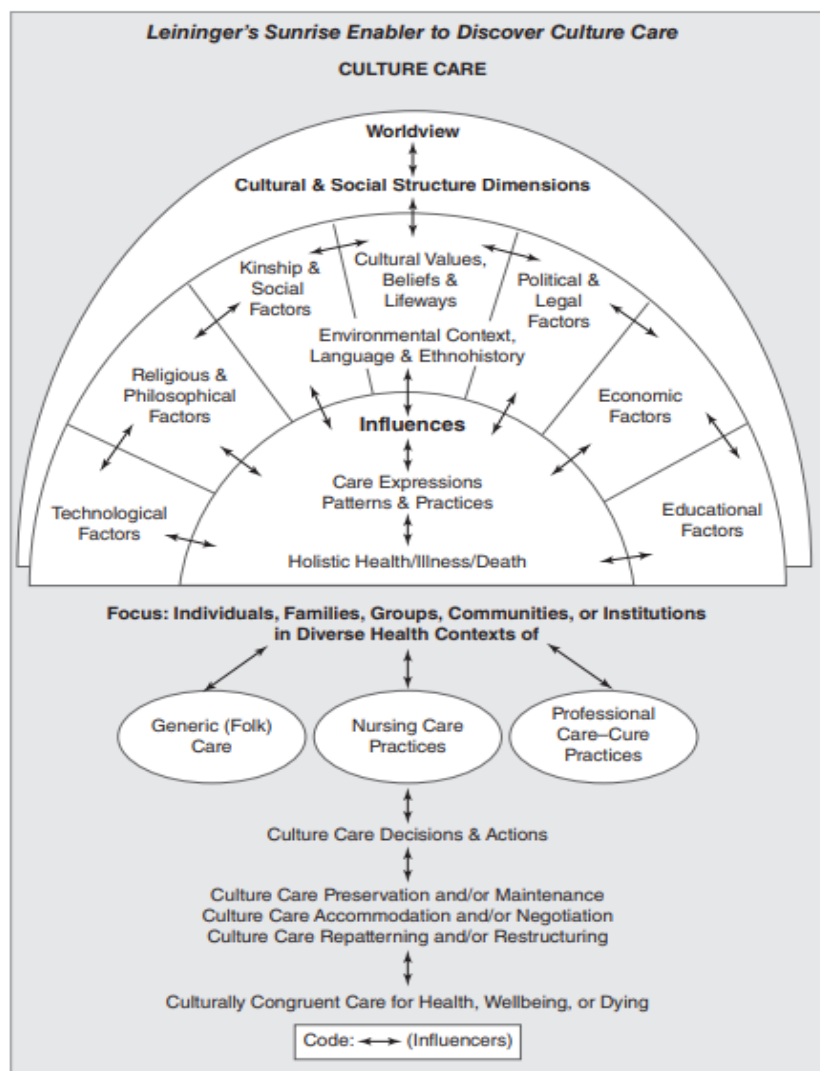
A Enfermagem Transcultural foi fundada em 1960 por **Madeleine Leininger** e centra-se no cuidar culturalmente coerente e responsável, adequado às necessidades de cultura, valores, crenças e estilos de vida do cliente (McFarland e Wehbe-Alamah, 2015). Segundo esta perspetiva, culturas diferentes percebem e praticam o cuidado de maneira diferente, apesar de haver semelhanças entre todas as culturas do mundo (*idem*).

Leininger desenvolveu a **Teoria da Diversidade e do Cuidar Cultural**, assente nos princípios da universalidade e diversidade, em que o ser humano é visto de uma forma holística, tendo em conta os fatores sociais, a forma de perceber o mundo, o estado

biofísico, as crenças e valores culturais; o contexto ambiental; a linguagem e a orientação religiosa ou espiritual (*idem*). O “Cuidar” é a essência dessa teoria e os cuidados humanizados e baseados na evidência científica são considerados fulcrais para o desenvolvimento humano, bem-estar e saúde (*idem*).

Por volta dos anos 70, Leininger criou o **Modelo Sunrise** (Fig. 1), cuja designação significa “o nascer o sol” ou “o cuidar”. Na parte superior do círculo é ilustrada a estrutura social e a visão do mundo que podem influenciar a saúde da pessoa, representada na zona central da figura, através da linguagem, da etnohistória e do contexto ambiental. No meio do modelo encontra-se a prática de enfermagem que atua como interligação entre o povo e o sistema profissional (Sagar, 2012).

Figura 1 – Modelo Sunrise



(Fonte: McFarland e Wehbe-Alamah, 2015, p. 25)

Esse modelo simboliza a esperança de gerar novos conhecimentos para a enfermagem e demonstra que fatores tecnológicos, religiosos e filosóficos, sociais, valores culturais e modos de vida, políticos e legais, econômicos e educacionais, influenciam os indivíduos, famílias e grupos na saúde e na doença (Leininger, 1995, 2002, 2006 *in* Sagar, 2012), podendo ser aplicável na avaliação e atendimento de indivíduos, famílias, grupos, comunidades e instituições em vários sistemas de saúde (Sagar, 2012).

O Modelo Sunrise apresenta três tipos de ações de cuidados de enfermagem culturalmente congruentes: a *Preservação/Manutenção do Cuidado Cultural* (ações que ajudam as pessoas de uma cultura a manter o bem-estar, recuperar a doença ou encarar as limitações ou a morte), a *Acomodação/Negociação do Cuidado Cultural* (ações que ajudam as pessoas de uma cultura a adaptar-se ou a negociar com o prestador de cuidados um resultado em saúde), e a *Repadronização/Reestruturação do Cuidado Cultural* (ações que podem proporcionar ajuda na modificação de estilos de vida e de saúde para outros mais saudáveis e proporcionadores de bem-estar, respeitando os valores culturais dos indivíduos ou grupos) (Sagar, 2012).

Esta forma de intervenção baseada na cultura é a base do cuidado congruente, permite ao enfermeiro estabelecer uma relação dinâmica e participativa com o cliente, conseguindo avaliar e conhecer os seus fatores individuais, familiares, grupais e comunitários (McFarland e Wehbe-Alamah, 2015). O cuidado culturalmente congruente e terapêutico ocorre quando valores, crenças, expressões e padrões de cuidados culturais são conhecidos e usados de forma adequada em pessoas de culturas diversas (*idem*).

Para esta teórica, é necessário que as enfermeiras “*entrem no mundo do cliente*” para descobrir a sua cultura e os seus valores individuais e sociais (Sagar, 2012, p. 3). Desta feita, o enfermeiro precisa de um aprofundado conhecimento cultural e dos diversos fatores que influenciam os indivíduos e, por isso, sugere uma breve avaliação cultural constituída por cinco fases: registar observações usando todos os cinco sentidos; prestar muita atenção às práticas populares; identificar padrões e narrativas existentes; sintetizar temas e padrões e desenvolver um plano de cuidados culturalmente congruente em conjunto com o cliente (Leininger 2002 *in* Sagar, 2012).

Mais tarde foi desenvolvido por Leininger o método da etnoenfermagem, constituído por conhecimentos de etnografia, enfermagem e antropologia, por considerar que esse processo permite reunir dados mais importantes e fiáveis (Sagar, 2012). Para a teórica, a etnoenfermagem é constituída por quatro fases: a primeira consiste em recolher, descrever e documentar os dados, a segunda consiste em identificar e categorizar os dados, a terceira prevê a análise dos padrões e contextos a quarta inclui a síntese,

interpretação e análise dos resultados obtidos, podendo resultar formulações teóricas e recomendações (Leininger, 2006 *in* Sagar, 2012).

Como se pode constatar através dos conceitos do metaparadigma da Teoria da Diversidade e do Cuidar Cultural, esta baseia-se no âmbito da promoção da saúde e na intervenção comunitária. A pessoa significa indivíduo, famílias, grupos, comunidade e organizações, tal como podemos constatar no Modelo Sunrise (Fig. 1). A saúde é vista de forma holística e definida como sendo

“(...) um estado de bem-estar culturalmente definido, valorizado e praticado, o qual reflete a habilidade do indivíduo (ou grupos) de realizar suas atividades diárias em estilos de vida saudável, padronizados e expressados culturalmente” (Leininger 1991 *in* McFarland e Wehbe-Alamah, 2015, p. 15).

O ambiente refere-se à estrutura cultural e social, a todos os acontecimentos que condicionam as expressões humanas, interpretações e interações sociais (*idem*). A enfermagem baseia-se no cuidar e representa

“(...) uma profissão e disciplina aprendida de forma humanística e científica a qual está focalizada no fenómeno do cuidado humano e em atividades para assistir, apoiar, facilitar ou habilitar indivíduos ou grupos a manter ou reconquistar seu bem-estar (ou saúde) de forma salutar e culturalmente significativa para ajudar as pessoas a enfrentarem os obstáculos ou a morte” (Leininger 1991 *in* Oriá, 2007, p. 133).

Em suma, a promoção de saúde assente em teorias de base comunitária, como o caso da teoria abordada, permite a melhoria de condições de vida e de saúde da população, responsabilizando as comunidades pelo controlo da sua saúde, recorrendo a parcerias comunitárias de forma a maximizar os recursos humanos e materiais existentes para solucionar as necessidades de saúde da população.

CAPÍTULO II – ENVELHECIMENTO E A PESSOA IDOSA

O envelhecimento é considerado um dos problemas fundamentais do século XXI, devido ao aumento do número de idosos nas últimas décadas. Esse fenómeno social de carácter mundial e local, reflete o desenvolvimento a nível económico, social e médico, com base em políticas públicas de acesso generalizado da população aos cuidados de saúde.

Em Portugal, essa realidade também resultou da diminuição da fecundidade, do aumento da esperança média de vida e da elevada emigração portuguesa nas décadas de 60 e 70 (Cabral [et al.], 2013).

O envelhecimento da população ou envelhecimento demográfico, define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total e, conseqüentemente, pela diminuição da população em idade ativa (INE, 2015). Quando o termo é aplicado ao indivíduo, o envelhecimento é considerado um processo progressivo que ocorre durante toda a vida, influenciado por fatores biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos (WHO, 2015).

A WHO (2002) na impossibilidade de avaliar o nível de envelhecimento de cada pessoa e de forma a uniformizar a passagem da fase de adulto para idoso, define o idoso de acordo com a sua idade cronológica, considerando que nos países em desenvolvimento são as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, nos países desenvolvidos são as pessoas com 65 anos.

2.1. Dados demográficos

O envelhecimento da população é um fenómeno a nível mundial, no entanto é no continente europeu que se verifica uma população mais envelhecida (Helpage, 2015). Os dados estatísticos da Europa relativos às últimas décadas permitem constatar essa tendência crescente para o envelhecimento da população. As pessoas com 65 anos ou mais residentes na Europa, no ano 1991 representavam 13,9% da população e em 2011 representavam 17,5% (DSIA, 2014). O Eurostat prevê que esse grupo etário, passe de uma percentagem de 19,2% em 2016, para cerca de 30% em 2050.

Em Portugal no ano 1991, a população idosa rondava os 13,6% da população total e em 2011, 19,1%, calculando-se que esse valor aumente para 41,2% até 2050 (DSIA, 2014). Relativamente ao índice de envelhecimento¹ no ano de 2011 era de 127,6 e em 2017 o

¹ número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos

valor é de 155,4. O índice de dependência de idosos² em 2011 era de 28,8, e em 2017 era de 33,3 (INE, 2018).

O concelho de Viana do Castelo, local onde se realizou este estudo, enfrenta igualmente um acentuado crescimento do envelhecimento demográfico, os últimos valores publicados pelo INE referem-se ao ano 2017, podendo constatar-se que o número de idosos era superior ao número de jovens, com um índice de envelhecimento por local de residência no concelho de Viana do Castelo de 180,5 e um índice de dependência por local de residência de 34,2 (INE).

Se por um lado a sociedade enfrenta o desafio do envelhecimento populacional, por outro também enfrenta o aumento da esperança de vida, cujo valor relativo a 2017, a nível nacional é de 80,99 e para a região do Alto-Minho é ligeiramente inferior, 80,79. Como resultado, as pessoas idosas atingem idades cada vez mais avançadas, verificando-se mudanças na saúde da população, com o aumento das doenças crónicas e degenerativas, implicando novos desafios aos SS e a aplicação de medidas que minimizem as consequências dessa realidade atual (DSIA, 2014).

2.2. Teorias do envelhecimento

Com o intuito de explicar o processo de envelhecimento biológico, surgiram inúmeras teorias, entre as quais: a **teoria uso e do desgaste** que prevê que o organismo com o passar do tempo, vivencia danos que limitam a recuperação celular; a **teoria da mutação somática e do dano do DNA** que sugere que fatores orgânicos causam alterações na composição do DNA e das células somáticas (Freitas e Py, 2017); a **teoria do erro catastrófico** que considera que ocorrem alterações nas atividades enzimáticas, que determinam o funcionamento celular e, consequentemente, todo o organismo (Panno, 2005 *in* Freitas e Py, 2017); a **teoria da desdiferenciação** que defende que as células diferenciadas conseguem fazer uma repressão seletiva da atividade dos genes desnecessários à sobrevivência; a **teoria do dano oxidativo** que justifica o envelhecimento como consequência da reação das organelas citoplasmáticas à presença de oxigénio; a **teoria dos radicais livres** que defende que estes provocam oxidação de proteínas que causam disfunções moleculares e falência das células; a **teoria metabólica** que preconiza que taxas metabólicas elevadas promovem tempos de vida mais curtos; a **teoria genética** que defende que o envelhecimento é programado biologicamente (através de uma herança genética); a **teoria neuro-endócrina** que

² número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas em idade ativa, com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos

explica que o envelhecimento resulta de mudanças neuro-endócrinas, ocorridas no cérebro e glândulas endócrinas; a **teoria imunológica** que considera que o envelhecimento celular e fisiológico está associado a alterações neuro-químicas; a **teoria epigénica** que aponta para a existência de um conjunto de modificações no genoma que são hereditárias e a **teoria da apoptose** que defende que as células morrem em determinados momentos fixos da sua vida (Freitas e Py, 2017).

Na tentativa de conhecer a influência dos fatores psicossociais no processo de envelhecimento, emergiram: a **teoria da atividade** que defende que as restrições das interações sociais são determinadas por normas sociais que associam a inatividade às pessoas mais velhas; a **teoria do distanciamento** que explica que ocorre um afastamento recíproco entre os idosos e a sociedade; a **teoria das trocas sociais** que fundamenta que as perdas do envelhecimento contribuem para a diminuição das relações interpessoais, enfraquecendo os laços sociais (*idem*); a **teoria do desenvolvimento da personalidade ao longo da vida**, que defende que o desenvolvimento pode ser descrito como sucessão de oito fases ou ciclos, com determinadas características evolutivas; a **teoria social-interacionista da personalidade** que assume que a vida é pautada por crenças sociais que atribuem papéis às pessoas de acordo com a faixa etária (Malloy, Consenza e Fuentes, 2013); a **teoria da dependência aprendida** que é definida como a incapacidade da pessoa viver sem necessitar da ajuda de outros, devido a limitações físico-funcionais ou cognitivas resultantes do envelhecimento; a **teoria da seleção socio-emocional** que explica o declínio das interações sociais e as mudanças no comportamento emocional dos idosos, através da redistribuição dos recursos socio-emocionais dos idosos, devido à sua perspectiva de tempo de vida ser cada vez mais curta; a **teoria psicológica geral do desenvolvimento comportamental ou teoria de seleção, otimização e compensação** em que seleção significa especificação e diminuição da capacidade individual de mudança, otimização traduz-se na gestão de recursos internos e externos que garantam um funcionamento eficaz e compensação envolve a adoção de alternativas para manter o funcionamento (Freitas e Py, 2017); a **teoria do controle primário e secundário** que considera que comportamentos de controle são aspetos fundamentais à adaptação e ao desenvolvimento e a **teoria dos eventos críticos**, que sugere que esse tipo de acontecimentos determinam e dão sentido histórico ao curso da vida dos idosos (Malloy, Consenza e Fuentes, 2013).

2.3. Alterações biopsicossociais e sexuais no idoso

As mudanças físicas, emocionais, psicológicas e sociais que vão ocorrendo no organismo, resultantes do envelhecimento, são progressivas e variam de indivíduo para indivíduo sob a influência de diversos fatores, entre eles: os fatores genéticos, ambientais e estilos de vida (Hayflick, 2003; Taffet, 2015 *in* Freitas e Py, 2017)

No sistema cardiovascular ocorre um aumento do coração devido ao aumento do volume celular, diminuição do débito cardíaco e da capacidade contrátil, a tensão arterial aumenta, os vasos perdem a elasticidade e ficam estreitos com as placas de gordura e depósitos de cálcio (Freitas e Py, 2017), existindo evidência que a presença de fatores de risco cardiovascular e as alterações hemodinâmicas contribuem para o aumento de risco de queda (Myra [et al.], 2016; Cunha e Lourenço, 2014).

A nível respiratório, verificam-se várias modificações na estrutura e função pulmonar que contribuem para o aumento de casos de pneumonia nas faixas etárias elevadas. Algumas das alterações são: os pulmões tornam-se mais volumosos, ocorre uma redução e perda de elasticidade dos alvéolos e da ação dos cílios, que resulta na redução da resposta da tosse e trocas gasosas menos eficazes (Freitas e Py, 2017). A função renal diminui progressivamente, devido perda do tecido renal, presença de tecido gorduroso e fibrose e à diminuição de perfusão renal. Pode surgir incontinência urinária, aumento da frequência urinária, urgência urinária e noctúria, devido à fraqueza dos músculos vesicais e as alterações na bexiga (*idem*).

No sistema neurológico, responsável por quase todas as funções orgânicas, dá-se uma redução de neurónios, fibras nervosas e fluxo sanguíneo, provocando uma velocidade e comunicação entre dos impulsos nervosos mais lenta, e consequentemente diminuição no tempo de reação e dos movimentos (*idem*). Uma das funções mais importantes do referido sistema é o controle da marcha e do equilíbrio, sendo que ambas as alterações estão comprovadas cientificamente como sendo responsáveis pelo aumento do risco de queda (Falsarella, Gasparotto e Coimbra, 2014; Vieira, 2016)

No sistema endócrino, as alterações hormonais influenciam o declínio funcional, as incapacidades, as doenças da pessoa idosa e a longevidade. Além disso, ocorre infiltração celular e aumento dos nódulos da tiroide, provocando redução da taxa metabólica basal, da absorção do iodo radioativo, da secreção e da libertação da tireotropina. Entre outras diminuições de secreções hormonais, verifica-se uma redução da libertação de insulina e consequentemente uma diminuição da capacidade da metabolização da glicose por parte das pessoas idosas (Freitas e Py, 2017).

No sistema gastrointestinal observa-se alteração na estrutura e constituição dos dentes; mucosa oral edemaciada, mais fina e seca; diminuição da saliva; alteração do paladar devido a perdas de papilas; diminuição da motilidade esofágica e gástrica; redução dos sucos digestivos; atrofia das células intestinais; diminuição de tamanho do pâncreas e redução do peso e volume do fígado e diminuição da síntese do colesterol (*idem*).

No sistema imunitário verifica-se uma diminuição da resposta imune, devido à atrofia do timo e redução das suas hormonas, a concentração da imunoglobulina sérica não é muito alterada e as defesas inflamatórias diminuem. As alterações músculo-esqueléticas podem incluir a cifose, articulações aumentadas, flacidez, diminuição da estatura, diminuição da massa muscular e ossos porosos e frágeis (Eliopoulos, 2010). Assim sendo, a atividade física, torna-se essencial uma vez que aumenta a força e a massa muscular, para além de prevenir perda óssea, melhorar a função articular e prevenir a ocorrência de quedas (Freitas e Py, 2017).

A pele fica mais seca, devido à diminuição das glândulas sebáceas, perde elasticidade e torna-se frágil e a gordura subcutânea desaparece causando as rugas, as bolhas e lesões surgem com maior facilidade. Além disso, verifica-se uma diminuição da vascularização que provoca palidez cutânea e diminuição da temperatura da pele e a sudorese diminui (*idem*).

A nível da visão ocorre a presbiopia, devido à perda da elasticidade da cápsula do cristalino, o campo de visão pode estar diminuindo, o cristalino geralmente fica amarelado, pode ocorrer alteração da percepção da cor, diminuição da adaptação a ambientes escuros e diminuição da tolerância ao brilho. O olfato também sofre alterações com o envelhecimento, verificando-se maior dificuldade em distinguir diferentes odores. Relativamente à audição, a alteração mais comum é a perda auditiva (*idem*). As alterações da visão e audição são abordadas em vários estudos literários, sendo considerados fatores de risco para a ocorrência de queda, como é exemplo Almeida (2012) relativamente à autopercepção negativa da visão e de Carmo (2014) no que se refere à autopercepção da audição.

Nos homens ocorre hipertrofia da próstata, atrofia dos testículos e redução da produção de esperma. Nas mulheres surge atrofia dos órgãos genitais e da região genital externa e diminuição da lubrificação devido a mudanças hormonais (Freitas e Py, 2017).

As mudanças psicológicas provocadas pelo envelhecimento são influenciadas pelo estado da saúde, por fatores genéticos e educacionais, pela atividade e por alterações físicas e sociais (Eliopoulos, 2010). Relativamente à memória, ocorre uma recuperação de memória a longo prazo e a capacidade de reconhecer objetos e faces, mantêm-se ao

longo da vida. No entanto, a capacidade de reter informação ao mesmo tempo que se realiza outra tarefa torna-se mais lenta, a capacidade de atenção e de concentração também diminuem e a capacidade de solucionar problemas e aprender informações novas é menor. A personalidade apenas é alterada caso surjam determinadas patologias que desencadeiem essa situação (Freitas e Py, 2017).

Acontecimentos sociais que ocorrem habitualmente nesta fase da vida da pessoa, como a mudança de papéis nas relações familiares, reforma, a presença de doença crónica ou incapacidade física, a morte de familiares e amigos, provocam alterações psicossociais resultantes, entre outras coisas da consciencialização da morte, alteração do estatuto social e financeiro, da saúde, da autoconfiança e da autoestima, podendo conduzir ao isolamento social (Eliopoulos, 2010). Por todas essas razões, Kalsait [et al.] (2017) afirmam que as pessoas idosas são altamente propensas a desenvolver patologias mentais como resultado do envelhecimento.

A sexualidade para as pessoas idosas vai para além do ato sexual, manifesta-se pelo afeto, carinho e intimidade, melhorando o seu bem-estar emocional de forma a compensar as perdas físicas, psicológicas e sociais (Eliopoulos, 2010). Também Feliciano e Galinha (2017, p.1) num estudo de investigação acerca da perceção dos idosos acerca da sexualidade, concluiu que “em idades avançadas constata-se uma sexualidade que transcende a relação sexual, observando-se o predomínio da relação afetiva”.

Como se pode constatar são muitas as alterações resultantes do processo de envelhecimento que podem influenciar a ocorrência de queda, como é o caso da fragilidade óssea, a perda de massa muscular, a degradação do tempo de resposta dos movimentos, a dificuldade na concentração, a alteração do equilíbrio e da marcha, a presença de doença, o isolamento social e a mudança de papéis.

Em suma e apesar de todas essas consequências resultantes do envelhecimento, a sociedade atual, deverá deixar de encarar a velhice com inúmeros preconceitos, relacionados com o declínio das capacidades físicas e cognitivas que ocorrem com idade e centrar-se na riqueza pessoal e humana adquirida com o passar dos anos, daqueles que se traduzem-se em recursos muito importantes para a própria sociedade. No mesmo sentido, Carmo (2014, p. 20-21) acredita que o envelhecimento não pode ser considerado

“(...) sinónimo de perda de capacidade e dependência, mas pode e deve ser visto como uma fase de desenvolvimento com necessidades e desafios específicos aos quais a sociedade deve encontrar forma de responder eficazmente”.

2.4. Envelhecimento ativo

A designação Envelhecimento Ativo foi criada pela WHO (2002), para definir um processo que visa melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, mantendo a sua autonomia e independência, através de intervenções nas áreas da saúde, participação social e segurança. Existem razões de ordem económica para a implementação da políticas e programas que promovam o envelhecimento ativo, uma vez que, pessoas que apresentam um envelhecimento saudável, continuam a encontrar-se aptos para o trabalho durante mais tempo e recorrem menos vezes aos cuidados de saúde, havendo menos gastos económicos com a prevenção da doença do que tratá-la (*idem*).

Para tal, o processo do envelhecimento pode ser influenciado através de medidas adotadas pelo próprio indivíduo ou através de políticas sociais, assente na promoção do envelhecimento ativo, baseadas na acessibilidade dos idosos. Surgiu assim, em 2005, no XVIII Congresso da Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria que decorreu no Rio de Janeiro - Brasil, o Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas, onde se salienta que

“uma cidade amiga das pessoas idosas estimula o envelhecimento ativo através da criação de condições de saúde, participação e segurança (...) [.] adapta as suas estruturas e serviços de modo a que estes incluam e sejam acessíveis a pessoas mais velhas com diferentes necessidades e capacidades” (WHO, 2009, p. 1).

O referido guia teve por base um trabalho de investigação, realizado com grupos de idosos pertencentes a 33 cidades, que descreveram as vantagens e obstáculos que encontram na sua cidade. Os resultados do estudo conduziram à elaboração de um conjunto de orientações que constam no guia, que pretendem ajudar as cidades a tornarem-se mais amigas das pessoas idosas. As medidas sugeridas por este estudo, assentam na acessibilidade dos idosos aos locais públicos e na eliminação de barreiras arquitetónicas, com base nas limitações causadas pelo envelhecimento, evitando entre outras coisas o isolamento e as quedas nesse grupo da população (WHO, 2009).

Em Portugal, foi elaborado em 2006 o PNS das Pessoas Idosas, dando continuidade às políticas nacionais e às orientações da WHO e com o intuito de garantir a promoção do envelhecimento ativo, de adaptar os cuidados de saúde às necessidades das pessoas idosas e promover capacitação para a autonomia e independência.

Esse programa salienta a importância da vigilância às pessoas idosas que se encontram nas seguintes situações de vulnerabilidade *“idade avançada”, “alterações sensoriais”, “desnutrição”, “risco de queda”, “incontinência de esfíncteres” e “polimedicação”* (DGS, 2006, p. 15-16) e apresenta um plano de intervenções assente na necessidade de *“promover um envelhecimento ativo”, “adequar os cuidados às necessidades das*

“pessoas idosas” e “promover o desenvolvimento de ambientes capacitadores” (DGS, 2006, p. 17-20).

A recomendação para a ação relacionada com a problemática central “queda no idoso” passa por informar as pessoas idosas e seus prestadores de cuidados sobre a prevenção de acidentes domésticos e de lazer (*idem*). Além destas ações, muitas outras são propostas pelo referido programa e estão diretas ou indiretamente ligadas à ocorrência de quedas (*idem*). Para além disso, a DGS (2006, p. 6) considera

“um enorme desafio e responsabilidade para os serviços de saúde, nomeadamente para os cuidados de saúde primários, na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas que satisfaçam as necessidades específicas desta população”.

Resumidamente, o envelhecimento é um processo individual progressivo, influenciado por inúmeros fatores e fundamentado por várias teorias, no entanto através da promoção do envelhecimento ativo com a implementação de intervenções nas áreas social, de segurança e de saúde, é possível melhorar a qualidade de vida e a saúde dos idosos nessa fase da vida.

CAPÍTULO III – QUEDAS NA PESSOA IDOSA

As quedas constituem um grave problema de Saúde Pública, uma vez que estão na origem de uma significativa morbili-mortalidade. São uma das principais causas de internamento hospitalar, comportam um grande impacto económico para a família e para sociedade, podendo originar estados de dependência, perda de autonomia, confusão, imobilização e depressão (Despacho nº 1400-A/2015). Devido à sua elevada importância, assumem um papel relevantíssimo nas políticas de saúde mundiais.

A WHO (2007, p.1) define queda como um “acontecimento que leva a pessoa inadvertidamente ao solo ou em outro nível inferior, excluindo situações intencionais”. É o resultado da perda de equilíbrio ou da incapacidade em recuperá-lo, podendo ocorrer em todas as idades, mas com maior prevalência na população mais idosa. (Despacho nº 1400-A/2015).

3.1. Prevalência de quedas

No decorrer de um ano, estima-se que em todo o mundo cerca de 28% a 35% das pessoas com mais de 65 anos de idade sofrem quedas, quanto às pessoas com mais de 70 anos, os valores sobem para os 32% a 42%, verificando-se que a ocorrência das quedas aumenta com a idade e o nível de fragilidade da pessoa (WHO, 2007).

Em Portugal, de acordo com o relatório de Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes (Evita), tendo por base os registos clínicos das urgências de unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), os idosos de 65 a 74 anos, apresentaram um total de 11,8% de quedas para sexo feminino e 5,2% para o sexo masculino e os idosos com idade igual ou superior a 75 anos apresentaram valores de 22,3% no caso das mulheres e 9,1% no caso dos homens (Contreiras e Rodrigues, 2014).

Os estudos resultantes da revisão de literatura, embora com metodologias diversas, todos eles apresentaram elevada prevalência de quedas entre 10% e 93%.

Alguns investigadores estudaram as quedas em idosos com idades iguais ou superiores a 60 anos num período temporal de um ano, como é o caso de Motta (2010) com uma prevalência de quedas de cerca de 30,3%; Cruz [et al.] (2011) com 32,1%; Pinho [et al.] (2011) com 41,2%; Antes, D'orsi, Beneditti (2013) com 19%; Oliveira [et al.] (2014) com valores entre 10-40%; Santos [et al.] (2015) com 53,6%; Carneiro [et al.] (2016) de 28,3%; Nascimento e Tavares (2016) com 28,3% e Vieira [et al.] (2016) com 51,1%. No entanto, Lima [et al.] (2013) estudaram a presença de queda em idosos com idade igual ou superior a 60 anos num grupo de convívio, num período de tempo mais reduzido, de agosto a dezembro de 2011, verificando que prevaleceu a presença de quedas em 68,0% dos idosos.

Outros analisaram amostras de idosos com 65 ou mais anos, também durante o período de um ano, cujos investigadores e resultados de prevalência de queda se enunciam de seguida: Siqueira [et al.] (2007) - 34,8%; Palma (2012) - 41,9%; Silva (2012) – 46%; Gonçalves (2013) - 64,6%; Cunha e Lourenço (2014) - 30-40%; Falsarella, Gasparotto e Coimbra (2014) - 33%; e Prior (2015) - 75%. Por sua vez, Rosa (2013) obteve uma percentagem 93% de ocorrência de quedas, para idosos com idade de 65 ou mais anos, no entanto esse resultado reflete apenas os 6 meses anteriores à entrevista.

Apenas Espada (2012) e Carmo (2014), investigaram idosos com 75 anos ou mais, obtendo nos últimos 12 meses, uma prevalência de 69,4% e 50% respetivamente.

Alguns autores como Pinho (2009), Cunha e Lourenço (2014), Rodrigues, Fraga e Barros (2014) e Falsarella, Gasparotto e Coimbra (2014) evidenciaram o facto da prevalência de queda aumentar com a idade, contrariamente a Lima [et al.] (2013) e Barbosa [et al.] (2014), que encontraram maior prevalência de queda nas faixas etárias mais jovens.

Os achados de algumas investigações espelham uma relação estatisticamente significativa entre a ocorrência de quedas e a idade, como é o caso de como aconteceu com Siqueira [et al.] (2007), Motta (2010) Cruz [et al.] (2011), Rosa (2013) Casanovas (2015) e Prior (2015) e Nascimento e Tavares (2016).

Outros investigadores compararam a prevalência de quedas quanto ao género, sendo que na maioria das investigações, estes eventos são mais frequentes no sexo feminino, tal como sugere: Palma (2012); Antes, D'orsi, Beneditti (2013); Gonçalves (2013), Rodrigues, Fraga e Barros (2014); Abreu [et al.] (2015); Santos (2015) e Smith (2017). Apenas Vieira [et al.] (2016) concluíram que a prevalência era superior no sexo masculino.

Siqueira [et al.] (2007), Cruz [et al.] (2011), Lima [et al.] (2013), Casanovas (2015) e Carneiro [et al.] (2016) estabeleceram associações estatisticamente significativas entre a ocorrência de queda e o sexo feminino.

Relativamente ao tipo de quedas vivenciado pelos idosos, apenas Freitas [et al.] (2011), Abreu [et al.] (2015) e Pinho [et al.] (2011) referiram que as quedas ocorreram maioritariamente da própria altura do idoso.

Quanto à localização das quedas, os achados demonstram que as quedas ocorreram maioritariamente no interior do domicílio (Cruz [et al.], 2011; Palma, 2012; Gonçalves, 2013; Barbosa [et al.], 2014; Carmo, 2014; Rodrigues, Fraga e Barros, 2014; Abreu [et al.], 2015 e Vieira [et al.], 2016). Em oposição, Pinho (2009), Falsarella, Gasparotto e Coimbra (2014), Rosa (2013) e Prior (2015) referem ter ocorrido maior número de quedas no exterior.

A atividade no momento da queda, mencionada como mais frequente é a “andar” (Muir [et al.], 2010; Barbosa [et al.], 2014; e Oliveira [et al.], 2014). Relativamente ao tempo mínimo em que o idoso esteve impossibilitado de realizar as atividades do dia-a-dia, apenas Rodrigues, Barbeito e Júnior (2016) fazem referência a esse indicador, revelando que a maioria dos indivíduos que sofreram queda tiveram as suas atividades limitadas durante 3 dias ou mais.

Através dos estudos apresentados, verificou-se que a percentagem de quedas é muito elevada nas amostras estudadas, podendo existir ou não associação estatística entre a ocorrência de queda e determinadas características da pessoa ou determinadas características clínicas. Estes dados vão de encontro à necessidade de estudar esse fenómeno nas pessoas idosas, caracterizando a população em estudo e o tipo de quedas mais frequente, para que numa fase posterior, sejam implementadas medidas preventivas com o objetivo de maximizar a qualidade de vida aos idosos.

3.2. Fatores de risco de queda

A saúde de cada indivíduo *“resulta de um histórico de promoção da saúde e prevenção da doença e suas complicações, da adoção de comportamentos saudáveis e vivências em contextos saudáveis”* (DGS, 2013, p. 2), resultantes da interação de vários fatores biológicos, comportamentais, ecológicos e sociais, designados por determinantes da saúde (Dahlgren e Whitehead, 1991 in DGS, 2013).

No ano de 1991, Dahlgren e Whitehead realizaram a adaptação do Modelo dos Determinantes em Saúde, da qual resultou uma estruturação a vários níveis: o primeiro diz respeito às condições socioeconómicas, culturais e ambientais; o segundo engloba as condições sociais e materiais de vida e de trabalho (através do desenvolvimento de serviços e recursos); o terceiro prevê o fortalecimento do suporte social e comunitário próximo do cidadão e o quarto refere-se aos estilos de vida e atitudes individuais (DGS, 2013) (figura 2). Através do referido modelo, é possível identificar-se os determinantes de saúde, de acordo com a sua importância e o contexto onde se encontra (*idem*).

Figura 2 - Determinantes Sociais: Modelo de Dahlgren e Whitehead



(Fonte: Portal do Observatório sobre Iniquidades em Saúde)

A WHO (2007) sugere como determinantes do Envelhecimento Ativo relacionados com a queda nos idosos: determinantes transversais: cultura e gênero; determinantes relacionados à saúde e serviços sociais; determinantes comportamentais; determinantes relacionados a fatores pessoais; determinantes relacionados ao ambiente físico; determinantes relacionados ao ambiente social e determinantes econômicos.

A referida entidade (2007, p. 5) salienta que os “*principais fatores de risco refletem a diversidade de determinantes de saúde que, direta ou indiretamente, afetam o bem estar*”, existindo evidência que demonstra que muitas quedas podem ser evitadas, intervindo nos seus fatores de risco (WHO, 2015). A interação entre diferentes fatores de risco potencia o risco de queda (Despacho nº 1400-A/2015; WHO, 2007). Os fatores de risco de queda, são categorizados em quatro grandes grupos: fatores biológicos, comportamentais, ambientais e socioeconômicos. Os fatores biológicos referem-se às características individuais do corpo humano e não podem ser modificáveis (ex: idade, o sexo, a raça,...), os fatores comportamentais baseiam-se nas ações humanas, podendo ser modificáveis (ex: consumo excessivo de álcool, consumo de tabaco...), os fatores ambientais englobam as condições do ambiente (ex: degraus estreitos, piso escorregadio...) e os fatores socioeconômicos correspondem às condições sociais e *status* econômico (ex: baixa escolaridade, baixo salário...) (WHO, 2007).

Na última década foram efetuados inúmeros estudos de investigação sobre quedas no idoso, sendo que, na sua maioria, estes abordam os fatores de risco, classificando-os apenas em duas grandes categorias: fatores intrínsecos e extrínsecos (Gama e Conesa,

2008; Pinho, 2009; Maciel, 2010; Wyndham, 2010; Pinho [et al.], 2011; Almeida [et al.], 2012; Lima [et al.], 2013; Ângelo, 2014; Cunha e Lourenço, 2014; Falsarella, Gasparotto e Coimbra, 2014; Gomes R., 2015; Oliveira [et al.], 2015; e Rodrigues, Barbeito e Júnior, 2016). Outros apenas apresentam os resultados obtidos, sem a preocupação de os categorizar.

De seguida procede-se a uma breve abordagem dos estudos resultantes da revisão de literatura, no que diz respeito aos fatores de risco identificados e, por uma questão de facilitar a sua análise, são descritos por ordem cronológica. Salienta-se que estes estudos referem-se a idosos residentes na comunidade, no entanto uns resultaram de revisões de literatura, outros foram dirigidos à população idosa residente em determinado local, outros incidiram em grupos da comunidade e/ou Unidades de Saúde, sendo estes últimos os que mais se assemelham com este estudo. Relativamente ao tipo de estudo, na sua maioria tratam-se de estudos transversais, com a exceção do estudo de Gama e Conesa (2008), Muir [et al.] (2010), Fisher [et al.] (2014) e Casanovas (2015) que são estudos prospetivos.

No ano de **2007**, **Siqueira [et al.]** efetuaram um estudo de investigação intitulado *“Prevalência de quedas em idosos e fatores associados”* com uma amostra de cerca de 4 mil pessoas residentes na área de abrangência de unidades básicas de saúde de 41 municípios do Brasil, onde verificaram como fatores de risco a idade avançada, o sedentarismo, a autopercepção negativa da sua saúde e a polimedicação de uso contínuo.

Gama e Conesa (2008) realizou em Espanha, uma revisão sistemática da literatura de estudos prospetivos, sobre fatores de risco de queda em idosos residentes na comunidade e identificou como principais fatores de risco de queda: antecedentes de queda, alteração da marcha, incapacidade funcional, deterioração cognitiva, consumo de medicação psicotrópica e excesso de atividade física, sexo feminino e a idade.

Maciel (2010) no seu artigo de revisão verificou que os fatores intrínsecos incluem: idade, quedos anteriores, redução da acuidade visual, tonturas, distúrbios do equilíbrio e da marcha, lesões do sistema nervoso, doenças do aparelho locomotor, comprometimento dos mecanismos reguladores da pressão arterial, os quais predis põem à hipotensão ortostática, ao distúrbio cognitivo, à depressão e aos transtornos do sono. Os fatores extrínsecos relacionaram-se às condições de pisos, iluminação, escadas, cadeiras, mesas, leitos, banheiros, calçados, de ortóteses mal-adaptadas, das barreiras físicas e uso de mais de quatro tipos de medicamentos.

Por sua vez, **Wyndham (2010)** no seu trabalho escrito, intitulado *“Falls and syncope in the elderly”* apresentou como fatores de risco de queda: polimedicação; consumo de álcool, problemas neurológicos e síncope. Ainda em **2010 Muir [et al.]** realizaram um estudo prospetivo com idosos de 60 a 90 anos, sem história de quedas no último ano e em que foram registando as quedas decorridas durante um ano. Verificaram que 27% dos idosos caíram e 67% apresentaram fatores de risco modificáveis (de acordo com a escala aplicada), que o risco de queda aumentou com o aumento do número de fatores de risco e que as atividades mais comuns realizadas antes da queda foram caminhar e usar escadas.

Motta (2010) estudou uma amostra do município do Rio de Janeiro e evidenciou a existência de associações entre a ocorrência de queda e o sexo feminino, idade avançada, ser divorciado, morar só, más condições de saúde, capacidade funcional e satisfação com a vida. **Cruz [et al.] (2011)** no contexto da cidade Juiz de Fora - Minas Gerais, para além de associar a queda à idade avançada e ao sexo feminino como aconteceu com Motta (2010), identificaram a necessidade de auxílio para locomoção e do diagnóstico autorreferido de osteoporose como fatores de risco de queda.

Pinho [et al.] (2011) numa Unidade Básica de Saúde Familiar (UBSF) da cidade João Pessoa do Brasil constataram que para a sua amostra, as quedas ocorriam na sua maioria devido a causas extrínsecas e que o risco de queda aumenta com o avançar da idade. Também, apuraram que as mais frequentes ocorreram em pisos escorregadios ou molhados; pisos irregulares ou com buracos; degraus altos e/ou desnível no piso; escadas sem corrimão e os fatores intrínsecos mais frequentes foram: tontura/vertigem; alterações do equilíbrio, fraqueza muscular e dificuldade de caminhar.

No estudo de investigação realizado por **Almeida [et al.] (2012)** com idosos de Porto Alegre, foi possível concluir que, os fatores intrínsecos que predispõem ao risco de queda e fraturas são: faixa etária mais elevada; autopercepção negativa da saúde, tal como já tinha sido constatado por Siqueira [et al.] (2007), acrescentando também a autopercepção negativa da visão. Para além disso, constataram a presença dos fatores extrínsecos que favorecem a ocorrência de queda, os quais: o tipo de moradia (residir em casa) e um rendimento mensal igual ou inferior a um salário-mínimo.

Numa revisão integrativa, **Santos [et al.] (2012)**, tendo por base os fatores de riscos indicados na North American Nursing Diagnosis Association categorizaram os fatores riscos da seguinte forma: fatores de risco ambientais (móveis e objetos/tapetes espalhados pelo chão, pouca iluminação, piso escorregadio); fatores de risco cognitivos, (declínio do estado mental); fatores de risco pessoais, (idade acima de 65 anos); fatores

de risco fisiológicos (equilíbrio prejudicado, diminuição da acuidade visual, incontinência, dificuldade na marcha, neoplasia) e fatores de risco para uso de alguns medicamentos.

Lima [et al.] (2013) realizaram o estudo *“Repercussão de quedas em idosos: análise dos fatores de risco”* em pessoas idosas num grupo de convívio de Russas (Brasil) e concluíram que os fatores de risco intrínsecos mais significativos foram os problemas de audição e problemas nos pés e os extrínsecos foram a existência de degraus na porta. Por sua vez, **Carmo (2014)** com o seu trabalho denominado *“Risco de queda em idosos na comunidade: Contributo para a construção de um instrumento de avaliação”*, estudou um contexto semelhante, com os idosos que frequentavam os centros de dia do Porto e Santa Maria da Feira, tendo evidenciado a má perceção da sua audição, o uso de sapatos de tamanho inadequado, ausência de interruptores no início e fim das escadas e ser diabético como predisponentes de queda. Pode verificar-se que os investigadores **Lima [et al.] (2013)** e **Carmo (2014)** analisaram pessoas idosas que pertencem a grupos de suporte social, no entanto de países diferentes, com realidades e culturas diferentes. Os resultados obtidos permitiram observar que o défice de audição e o desconforto a nível dos pés foram identificados por ambos.

Ao investigar as quedas nos residentes na área urbana do município de Campinas, **Rodrigues, Fraga e Barros (2014)** observaram que ocorreram maior número de quedas no sexo feminino, nos idosos mais velhos e nos viúvos e demonstraram a existência de uma associação estatisticamente significativa entre quedas e maior número de medicamentos utilizados (cinco ou mais) e queda e o uso de dispositivo de marcha.

Correia (2014) realizou a sua investigação com pessoas idosas, inscritas na base de dados do SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Barroselas do concelho de Viana do Castelo e verificou uma correlação positiva entre a dependência e a idade ($p=0,000$); uma relação entre a dependência e o sexo ($p=0,014$); uma correlação negativa entre o risco de queda e a polimedicação ($p=0,048$) e uma relação entre o risco de queda e o sexo ($p=0,004$), sendo mais elevado nas mulheres. No entanto, não conseguiu estabelecer relação entre o risco de queda e a idade ($p=0,050$). O risco de queda, presente em 90,5% dos idosos inquiridos não apresenta relação com a idade das pessoas idosas ($p=0,050$) mas relaciona-se com o sexo ($p=0,004$), sendo a sua pontuação superior nas mulheres.

O compromisso na cognição apresentou-se como um fator de risco para quedas nos idosos, no estudo prospetivo realizado por **Fisher [et al.] (2014)** para determinar a associação entre o declínio cognitivo e a percentagem de quedas em idosos da comunidade. Os resultados evidenciaram que o declínio cognitivo associa-se a um

aumento do número de atividades de mobilidade designadas como arriscadas e ao aumento da prevalência de quedas.

Medeiros [et al.] (2014) efetuaram uma revisão sistemática da literatura sobre os principais fatores de risco de queda entre idosos em contexto comunitário, tendo sido analisados 51 artigos, publicados no período de 2005 a 2010. Concluíram que os principais fatores de risco de queda no idoso estão relacionados aos aspetos biológicos, comportamentais, ambientais e socioeconómicos, corroborando a categorização apresentada pela WHO. Outros fatores identificados foram a diminuição da força muscular, alterações do equilíbrio, depressão, obstáculos no caminho, maus tratos, ausência de corrimão nas escadas, a criminalidade e a história de queda.

Também em **2014, Falsarella, Gasparotto e Coimbra** no estudo de revisão sistemática realizado de 2008 a 2012, concluíram como preditores de queda dos idosos residentes na comunidade: idade avançada, gênero feminino, incapacidade funcional, história quedas anteriores, distúrbios de marcha e de equilíbrio, baixa aptidão física, baixo índice de massa corporal, diminuição da força muscular, hipotensão postural, tontura, alteração cognitiva, depressão, doença cerebrovascular e neurológica, incontinência urinária, declínio da acuidade visual, problemas nos pés, risco ambiental e uso concomitante de vários fármacos.

Por sua vez, **Cunha e Lourenço (2014)**, efetuaram um estudo de revisão sobre “*Quedas em idosos: prevalência e fatores associados*”, onde verificaram que os fatores de risco intrínsecos incluem os fatores hemodinâmicos, uso de medicamentos, doenças neurológicas, doenças neuro-sensoriais e doenças osteo-musculares e que os fatores extrínsecos abrangem a iluminação inadequada, o piso escorregadio, objetos ou móveis em locais inadequados e escadas e rampas sem as adequadas adaptações.

Oliveira [et al.] (2014) com um trabalho de revisão admitiram que, normalmente fatores de risco ambiental estão presentes na maioria das quedas, sendo que eles: superfícies irregulares, superfícies molhadas/escorregadias, objetos/tapetes soltos e desníveis no chão/problemas com degraus foram os mais prevalentes. Para além disso, consideraram que local de queda é influenciado por fatores intrínsecos, uma vez que idosos ativos tendem a cair em ambientes externos, enquanto os idosos com comprometimento funcional caem mais dentro do próprio domicílio.

Ainda em **2014, Rodrigues, Fraga e Barros**, efetuaram uma revisão apenas à literatura brasileira e identificaram como fatores de risco: sexo feminino, idade, os viúvos e os idosos que apresentavam reumatismo/artrite/artrose, osteoporose, asma/bronquite, insônia, uso de muitos medicamentos (cinco ou mais) e uso de bengala/andarrilho.

Em Portugal, mais propriamente no distrito de Castelo Branco, **Prior (2015)** estudou a prevalência de quedas na população idosa do concelho de Proença à Nova, obtendo como resultados uma associação positiva e elevada ($p=0,025$; $r=0,963$) entre a idade e o risco de queda, significando que quanto maior for a idade, maior o risco de queda, mas os resultados não mostraram significância estatística na relação entre a variável sexo e o desfecho de queda.

Na Catalunha (Espanha), no ano de **2015**, **Casanovas** analisou a incidência e consequências das quedas nos idosos que vivem na comunidade, através de um estudo prospetivo efetuado no município de Mataró, tendo identificado os seguintes fatores de risco: idade, gênero feminino, quedas prévias, polimedicação (mais de 3 medicamentos), atividade física, patologias osteoarticulares, neurológicas, respiratórias, diabetes, depressão, estado funcional e cognitivo, reflexos e antropometria, catarata, problemas de audição, dor nos membros inferiores, asma, saúde física e cognitiva subjetiva, varizes e tonturas. Este corrobora com Motta (2010) no que diz respeito a más condições de saúde. No entanto, salientou novos predisponentes de queda, entre eles: as quedas anteriores e a atividade física.

Na investigação intitulada *“Prevalência e fatores associados ao risco de quedas em idosos adscritos a uma Unidade Básica de Saúde do município de Natal, RN, Brasil”*, o modelo preditivo de queda incluiu o gênero feminino, presença de doenças osteoarticulares e comprometimento do equilíbrio (**Santos [et al.], 2015**).

O artigo de revisão intitulado *“Fall prevention in older adults”* da revista The Nurse Practitioner foi escrito por **Saccomano e Ferrara em 2015**, onde o investigador identificou os seguintes fatores de risco para quedas: envelhecimento, gênero feminino, medicamentos (são exemplo: os diuréticos, os beta-bloqueadores, os antidepressivos, os nitratos, os inibidores da enzima conversora de angiotensina, os anti-histamínicos, as benzodiazepinas, os psicotrópicos e os sedativos), polimedicação (uso de 4 ou mais medicamentos podem causar interações e reações adversas), abuso de álcool, diabetes (neuropatia relacionada ao diabetes), distúrbios visuais (como presbiopia, catarata, glaucoma e degeneração macular relacionada com a idade), descoordenação e desequilíbrio, problemas dos pés (deformidades de dedos dos pés, deformidades das unhas, calos), incontinência urinária e depressão.

Carneiro [et al.] (2016) realizaram um trabalho intitulado *“Quedas em idosos não institucionalizados no norte de Minas Gerais: prevalência e fatores associados”*, onde apuraram que as condições que se mostraram associadas à ocorrência de quedas foram: sexo feminino, a autopercepção negativa da saúde (já identificada em estudos anteriores,

como no caso de Almeida [et al.] (2012), comprometimento da mobilidade funcional, internamento nos 12 meses precedentes e fragilidade aferida pela Edmonton Frail Scale. **Nascimento e Tavares (2016)** no estudo realizado com idosos na cidade de Porto Alegre, associaram as quedas ao sexo feminino; à idade de 80 anos ou mais e à presença de duas ou mais morbilidades.

Ainda no ano de **2016**, **Vieira [et al.]** realizaram o seu estudo no município de Teresina, onde concluíram que os fatores que se associaram à ocorrência de quedas foram desatenção, problemas de visão, presença de obstáculos, desequilíbrios e dependência funcional.

Myra [et al.] (2016) analisaram os residentes no município de Passo Fundo, tendo evidenciado que o uso de medicamentos, a presença de fatores de risco cardiovascular e alterações visuais podem aumentar o risco de queda nessa população.

Para além dos trabalhos científicos abordados, salienta-se os dois estudos de revisão de literatura elaborados em Portugal. O primeiro elaborado por **Gomes (2015, p. 42)** concluiu que *“fatores intrínsecos incluem a idade avançada, o género feminino, a raça caucasiana, a história de quedas anteriores e a presença de doenças agudas e/ou crónicas”* e os *“fatores extrínsecos os riscos encontrados no ambiente, a polifarmácia, a toma de fármacos psicotrópicos e o contexto socioeconómico do idoso”*, para além disso *“fatores comportamentais englobam a atitude sedentária, o consumo de bebidas alcoólicas e o calçado inadequado”*.

Sousa [et al.] no ano de **2016**, permitiu identificar um total de 50 fatores de risco de queda, os quais, tal como Santos [et al.] (2012), foram organizados de acordo com as categorias da NANDA-I: pessoais (idade \geq a 65 anos, história de quedas, viver sozinho, prótese no membro inferior, uso de auxiliar de marcha, género feminino, uso de chinelos); ambientais (ambiente desorganizado, Iluminação insuficiente, material antiderrapante insuficiente no WC, ausência de barras de apoio e corrimão/obstáculo da soleira da porta); agentes farmacológicos (fármacos, polimedicação, anti-hipertensores, benzodiazepinas); cognitivos (alteração na função cognitiva, diminuição das funções executivas); fisiológicos (alteração da glicémia, artrite, diminuição na força das extremidades inferiores, diarreia, dificuldade na marcha, compromisso do equilíbrio e da mobilidade, incontinência, hipotensão ortostática, insónia, urgência urinária, doença vascular, compromisso visual, declínio das atividade básicas e instrumentais de vida diária, comorbilidades (doença crónica, dor crónica, hipertensão arterial, função sensório-motor reduzida, osteoporose, insuficiência de vitamina D, obesidade, tonturas, perímetro abdominal elevado, síndrome metabólico, doença pulmonar obstrutiva crónica, baixo

nível de albumina sérica). Desta revisão sistemática da literatura, foi possível acrescentar duas novas categorias denominadas fatores psicológicos e fatores socioeconômicos, às anteriormente propostas pela NANDA. Os primeiros englobam: o medo de cair, os sintomas depressivos e a ansiedade. Os segundos são: a baixa escolaridade, o baixo rendimento familiar e o fato de ser de raça negra ou de um grupo de minoria étnica.

Recentemente, **Smith (2017)** com a sua amostra de idosos residentes no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil, salientou a existência de uma associação estatística entre o risco de queda e a idade, o sexo feminino e o desempenho cognitivo (fatores esses já mencionados em vários estudos anteriores), sendo esta última já referida no estudo de Casanovas (2015).

Por sua vez, **Talarska [et al.], 2017** realizaram uma investigação direcionada a 506 idosos pertencentes a grupos comunitários, tendo aferido que, as razões que levaram à queda foram: idade, história prévia de quedas, problemas nos pés, falta de cuidados regulares, visão prejudicada, incontinência urinária, dor e distúrbios do sono e igualmente concluíram que risco de queda aumenta em pessoas mais dependentes nas atividades de vida diárias (AVD's) e em pessoas com depressão.

3.3. Consequências das quedas

A queda é um episódio cuja ocorrência tem vindo a aumentar em todo o mundo e que provoca um grande impacto financeiro na família, na comunidade e na sociedade, onde se incluem os sistemas de saúde, através de custos diretos, medicamentos, consultas, tratamentos e custos indiretos, perda de produtividade, de rendimentos e absentismo (WHO, 2007). São a causa de cerca de 10 a 15% de episódios de urgência e aproximadamente 20 a 30% de feridas traumáticas simples, sendo que

“a maioria dos diagnósticos relacionados com quedas nas admissões hospitalares são as fraturas da anca, os traumatismos cranianos e as lesões dos membros superiores. Estima-se, ainda, que a estadia hospitalar varie entre quatro a 15 dias e que cerca de 20% da população idosa com fratura da anca provocada por uma queda, morra após um ano” Despacho n.º 1400-A/2015 3882-(7).

Por tudo isso, esse acontecimento está na origem de uma significativa mortalidade, daí a necessidade de analisar os dados para se conhecer a realidade do problema a nível nacional, regional e local (tabelas 1, 2 e 3).

Ao analisarmos o total de óbitos por quedas acidentais e impactos causados por objetos lançados, projetados ou em queda ocorridos entre 2013 e 2016, segundo dados do INE, constata-se com o passar do tempo uma tendência crescente, também observada no que diz respeito ao sexo e à idade. Também é possível verificar que, durante o referido

período de tempo, a média de idade das pessoas que morreram tem vindo a aumentar (tabela1).

Tabela 1 – Total de óbitos por quedas acidentais e impactos causados por objetos lançados, projetados ou em queda em Portugal / por sexo / por idade / por ano e média de idade dos óbitos por ano

Ano	Total de óbitos	Nº de óbitos (a partir de 1 ano de idade)				Idade média dos óbitos
		Sexo		Idade		
		Masculino	Feminino	< 65 anos	≥ 65 anos	
2013	538	327	211	120	418	74,7
2014	636	388	248	151	485	74,4
2015	745	445	309	143	611	75,8
2016	810	470	340	168	642	76,2

(Fonte: INE 2015, 2016, 2017, 2018)

Esse aumento da ocorrência de óbitos por quedas acidentais e impactos causados por objetos lançados, projetados ou em queda em Portugal, também é comprovado através da análise das taxas de mortalidade bruta e padronizada dos últimos anos (tabela 2).

Tabela 2 – Taxas de mortalidade bruta e padronizada por quedas acidentais e impactos causados por objetos lançados, projetados ou em queda em Portugal em todas as idades / por sexo / por grupo etário (nº óbitos por 100 000 habitantes) e por ano

Ano	Taxa bruta de mortalidade por causa	Taxa de mortalidade padronizada por causa				
		Todas as idades	Todas as idades		Idades	
			Sexo masculino	Sexo feminino	< 65 anos	≥ 65 anos
2013	5,1	3,0	4,5	1,7	1,2	17,0
2014	6,1	3,5	5,4	2,0	1,5	19,6
2015	7,3	4,0	5,9	2,4	1,5	24,2
2016	7,8	4,2	9,6	6,3	1,7	24,8

(Fonte: INE 2015, 2016, 2017, 2018)

Observando o número total de óbitos, tendo em conta apenas a faixa etária correspondente à população idosa e ao local de residência, constata-se que globalmente o número de mortes tem vindo a aumentar. Apenas se verificou uma diminuição do

número de mortes no Alto-Minho do ano 2013 para o 2014, o mesmo se verificou em Viana do Castelo, tendo mantido o mesmo número de mortes no ano seguinte e em 2016 voltou a subir (tabela 3). Pensa-se que essas flutuações não são muito significativas, uma vez que são números pequenos e podem ser influenciados por várias causas.

Tabela 3 – Óbitos por queda accidental e impactos causados por objetos lançados, projetados ou em queda, por local de residência, grupo etário (idade ≥ 65 anos) e por ano

Ano	Portugal	Portugal Continental	Norte	Alto-Minho	Viana do Castelo
2013	418	395	129	16	6
2014	485	464	184	13	4
2015	611	582	205	17	4
2016	642	624	235	23	7

(Fonte: INE, 2018)

De acordo com os estudos empíricos resultantes da revisão bibliográfica, a maioria dos idosos que apresentaram queda, adquiriram lesões, como se pode confirmar nos seguintes estudos: Motta (2010) estimou que 50% das quedas em idosos resultam em algum tipo de lesão; Antes, D'orsi e Beneditti (2013) dos 71% dos idosos que caíram obtiveram lesões e Casanovas (2015) com 71,1% das quedas da qual resultaram consequências físicas. Apenas Espada (2012), afirma que no seu estudo, a maioria dos idosos que caíram não sofreram sequelas.

Relativamente ao tipo de **consequências** das quedas, constataram-se várias opiniões, no entanto algumas delas são coincidentes. Para a WHO (2007), como resultado da queda pode ocorrer uma síndrome pós-queda que inclui dependência, perda de autonomia, imobilização, isolamento e depressão e medo de cair. No mesmo sentido, em 2010, Maciel concluiu que, para além de consequências físicas, podem ocorrer distúrbios emocionais, declínio funcional, podendo conduzir à morte, sendo esses resultados corroborados mais tarde por Falsarella, Gasparotto e Coimbra e Rodrigues, Fraga e Barros em 2014.

Lima [et al.] (2013), verificaram uma elevada percentagem de morbilidades (41%) e queixas psíquicas (70%) resultantes do episódio de queda. Para Antes, D'orsi e Beneditti (2013) uma das lesões mais frequentes são as escoriações (34,9%), seguindo-se os hematomas (30,2%) e as fraturas (13%). Barbosa [et al.] (2014) verificaram que as consequências mais significativas para a sua população de idosos foram: as dores musculares (27,2%) e o medo de cair novamente (25,8%).

Cair constitui fator desencadeador de lesões de tecidos moles, lacerações e fraturas, e para Falsarella, Gasparotto e Coimbra (2014), mais de 30% dos idosos que caem passam a ter declínio em sua funcionalidade e 5% a 10% têm uma lesão grave do tecido mole e de cabeça. Rodrigues, Fraga e Barros (2014) concluíram, através do seu estudo com idosos que sofreram quedas nos últimos 12 meses, que estes também apresentaram declínio da funcionalidade, tal como a WHO (2007) e Falsarella, Gasparotto e Coimbra (2014), em que 56,7% tiveram suas atividades habituais limitadas e 58,6% ficaram acamados.

Abreu [et al.] (2015) verificaram que as sequelas mais evidentes eram as escoriações, corroborando os estudos de Antes, D'orsi e Beneditti (2013), já descritos.

Existem diversos estudos sobre esta problemática, que salientam a ocorrência de fratura como uma das principais consequências, apresentando percentagens de ocorrência elevadas (Siqueira [et al.], 2007 - 12,1%; Cruz [et al.], 2011 - 19%; Palma, 2012 – 21,8%; Silva, 2012 – 23,9%; Antes, D'orsi e Beneditti, 2013 - 13%; Lima [et al.], 2013 - 38%; Rosa, 2013 - 48%; Falsarella, Gasparotto e Coimbra, 2014 – 5%; Casanovas, 2015 - 7,7% e Prior, 2015 - 59%).

Quanto à localização dos ossos mais faturados, na perspectiva de Siqueira [et al.] (2007), 46% ocorreram membros superiores, 28% nos membros inferiores, 11% no tronco, 5,5% na face e os valores restantes distribuídos entre outros locais. Para Silva (2012) 25,9% das fraturas verificaram-se ao nível do punho, seguido da clavícula com 18,5% e do fémur com apenas 3,7% dos idosos que caíram.

O estudo de Gyllencreutz [et al.] (2014) referente às quedas em idosos, ocorridas numa determinada área pública de uma cidade Sueca, de janeiro de 2009 a abril de 2011, verificaram que trezentos idosos foram assistidos por um serviço de urgência depois de sofrer lesões por queda; 60% sofreram lesões das quais prevaleceram as fraturas e um terço desses idosos foi hospitalizado com duração média de 8 dias com custo hospitalar indireto de 6,2 milhões de euros.

Com o objetivo de caracterizar o tipo de queda que estiveram na origem da mortalidade por quedas em idosos no período de 2000 e 2010, Araújo [et al.] (2014) obtiveram os seguintes resultados: 30,0% dos óbitos foram motivados por queda de mesmo nível devido a escorregão, tropeção ou passos em falso e 24,3% por outras quedas no mesmo nível.

Os dados apresentados identificam uma panóplia de consequências que podem resultar das quedas, o que faz desta uma problemática emergente de Saúde Pública e Comunitária.

3.4. Avaliação do risco de queda

As quedas podem ser prevenidas através de várias intervenções baseadas em evidência científica. Segundo Al-Aama (2011), identificar pacientes em risco é a parte mais importante da abordagem clínica, pois a aplicação de medidas preventivas na população vulnerável, pode ter um efeito profundo na saúde pública.

A WHO (2007) recomenda a avaliação médica, avaliação de segurança nas casas com aconselhamento das medidas necessárias e monitorização dos medicamentos prescritos. Tendo obtido evidência científica que demonstra que a avaliação dos fatores de risco de saúde e do meio do ambiente com intervenções baseadas nos resultados da avaliação é altamente efetiva na redução de quedas entre as pessoas idosas que vivem na comunidade (WHO, 2007).

A American Geriatrics Society/British Geriatrics Society Clinical (AGS/BGS) em 2010 criou novas guidelines, recomendando obtenção de informação relevante sobre a história clínica do idoso, exame físico, avaliação cognitiva e funcional e a determinação do risco de queda através de uma análise multifatorial que engloba: história de quedas; medicação; marcha, equilíbrio, mobilidade; acuidade visual; défices neurológicos; força muscular; ritmo e frequência cardíaca; hipotensão postural; pés e calçado e barreiras ambientais; sintomas aquando da ocorrência da queda e lesões resultantes das quedas (AGS/BGS, 2011).

Motta (2010) sugere uma avaliação de risco de queda aos idosos que inclua uma avaliação ambiental e dos comportamentos de risco. Por sua vez, Carmo (2014) enaltece a importância de incluir na avaliação do risco de queda os antecedentes médicos como a incontinência urinária e a diabetes mellitus, problemas auditivos, a avaliação da força muscular, do calçado, do medo de cair, da capacidade funcional, do equilíbrio e da marcha, o regime medicamentoso e a avaliação do espaço habitacional.

Saccomano e Ferrara (2015), evidenciam a necessidade de analisar a história do paciente e efetuar um exame físico, onde se devem incluir: estudos metabólicos, avaliação do equilíbrio, avaliação cardiovascular, avaliação visual e auditiva, avaliação musculoesquelética, avaliação cognitiva, avaliação do intestino e da bexiga e avaliação de queda (sugerindo a aplicação da escala de Morse em pacientes hospitalizados ou em unidades de longa duração).

Existe uma panóplia de instrumentos de avaliação do risco de queda que foram desenvolvidos para uma avaliação prática e rápida, uns atribuem um nível de classificação (alto, médio e baixo risco), outros fornecem uma avaliação mais específica.

Estes têm sido alvo de estudos científicos, de modo a verificar qual o mais adequado para cada situação.

Relativamente aos dados obtidos através da literatura, concluiu-se que existem estudos cuja maioria dos idosos inquiridos apresentaram risco de queda, como é exemplo o estudo de Cabrita (2012) com 86,8% da amostra com risco de queda e Palma (2012) com 77,4%, sendo estes dados resultantes da aplicação da escala de Morse. Para Correia (2014), também se verifica o mesmo, com 90,4% de idosos com risco de queda, no entanto a escala aplicada foi a Easycare. Contrariamente, Talarska [et al.] (2017) utilizaram o Timed Up and Go Test (TUG) e apresentaram valores de ausência de risco de queda em 74,1% dos indivíduos (tabela 4).

Tabela 4 - Níveis de risco de queda identificados em diferentes estudos, segundo instrumento aplicado

Nome do Investigador / ano	Níveis de Risco			Instrumento
	Sem Risco	Baixo	Alto	
Cabrita (2012)	13,2%	49,1%	37,7%	Escala de Morse
Palma (2012)	22,6%	66,1%	11,3%	Escala de Morse
Correia (2014)	9,5%	43,2%	47,2%	Escala Easycare
Talarska [et al.] (2017)	74,1%	25,9% (com risco de queda)		Timed Up and Go Test

Os resultados patenteiam uma proporção elevada de participantes identificados com alto risco de queda, justificando a necessidade de políticas de prevenção de quedas e da promoção de um envelhecimento saudável e de qualidade alicerçado numa abordagem de ciclo de vida.

3.5. Promoção da saúde na perspetiva da prevenção de quedas no idoso

Certa da importância da problemática da prevenção de quedas e da necessidade dos cuidados de saúde se tornarem cada vez mais seguros, a WHO em outubro de 2004, estabeleceu) a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, através da implementação de estratégias que visam boas práticas clínicas e redução dos riscos e erros nos SS nos países que se associaram.

O “*Relatório Global da WHO sobre Prevenção de Quedas na Velhice*” surgiu em 2007 e consiste num documento onde são explanadas as perspetivas internacionais e regionais

relativas á referida temática, bem como, o modelo de Prevenção de Quedas, assente na política do Envelhecimento Ativo (WHO, 2007).

Este modelo baseia-se em três grandes pilares: no aumento da consciencialização sobre a importância da prevenção das quedas nos idosos e do tratamento das lesões delas decorrentes, por parte dos idosos, família/cuidadores, jovens, comunidade, profissionais de saúde, governo e meios de comunicação social; na melhoria da avaliação dos fatores individuais, ambientais e sociais que aumentem a probabilidade de ocorrência das quedas e na implementação de intervenções apoiadas em evidências e culturalmente adequadas que permitam a redução de ocorrência de quedas no idoso (*idem*).

Nesse sentido, WHO sugere implementação de estratégias de mudança comportamental, para que o idoso seja capaz de promover sua saúde ou reduzir os riscos aos quais está sujeito. As intervenções aconselhadas permitem: obter o apoio da família e dos amigos; promover a autonomia dos participantes e perceber suas competências; permitir escolhas ativas, personalizadas de acordo com as suas necessidades e preferências pessoais; incentivar os idosos ao compromisso com a intervenção, definindo de metas e ações realistas e mensuráveis; informar os participantes sobre os reais riscos das intervenções, sobre o progresso dos idosos e utilizar estratégias de reforço positivo aumentando a probabilidade de adesão a uma atividade (WHO, 2007).

A mudança no ambiente também constitui uma importante estratégia defendida pela WHO (2007) devido às evidências de que a avaliação e as correções do ambiente doméstico, por um profissional, reduzem o risco de ocorrência de queda. Assim como, os cuidados de saúde, através da identificação correta das pessoas em risco e adequando as intervenções a cada indivíduo, também têm grande probabilidade de alcançar resultados positivos. Por outro lado, a atividade física promove benefícios fisiológicos, psicológicos e sociais e apresenta resultados comprovados na redução do risco de queda nos idosos (*idem*).

Em Portugal, no Programa Nacional de Prevenção de Acidentes, também é possível observar implicitamente uma grande preocupação com a prevenção de “*queda*” em todas as idades. Esse programa tem como intuito

“(...) contribuir para a obtenção de ganhos em saúde da população portuguesa, através de ações que promovam comportamentos seguros e competências específicas para lidar com o risco de acidente (...) [assente] nos princípios da promoção da saúde e da segurança dirigida aos cidadãos e aos ambientes específicos onde vivem, trabalham e estudam, à prevenção dos acidentes através de ações dirigidas para os grupos vulneráveis e aos principais fatores de risco e à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde” (DGS, 2010, p. 21,).

Mais tarde, como forma de regulamentação da segurança dos doentes a nível institucional, surge o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, dando seguimento ao preconizado pela WHO e às orientações do PNS 2012-2016, cujo objetivo primordial é

“apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde” (Despacho nº 1400-A/2015, p. 3882-2).

Paralelamente, pretende prevenir a ocorrência de quedas, através das seguintes ações: elaboração de uma norma sobre prevenção e redução de ocorrência de quedas, implementação de intervenções para prevenção e redução de quedas, execução de auditorias semestrais (*idem*). Nesse sentido é sugerido como estratégia de intervenção para a prevenção de quedas

“a avaliação dos fatores de risco multifatoriais, a comunicação e a educação sobre o risco de queda, a implementação de medidas ou ações preventivas e/ou corretoras do ponto de vista institucional e a execução de intervenções individualizadas (...) É, também, necessário que o resultado dessa avaliação seja comunicado à própria pessoa, à família e à equipa prestadora de cuidados de saúde e que os doentes sejam educados/habilitados sobre as melhores ações/estratégias a serem implementadas na prevenção das quedas” Despacho n.º 1400-A/2015 3882-(7).

Ao longo dos anos, alicerçados nas políticas de saúde em vigor, mundialmente foram surgindo, inúmeras entidades, grupos de profissionais de saúde, projetos, investigações, entre outros, focalizadas na problemática da prevenção de queda na população idosa. De seguida, procede-se a uma breve exposição sobre a informação obtida através da literatura relativa à referida temática, bem como as recomendações que daí resultaram.

Em **2007 Siqueira [et al.]** no estudo sobre a *“Prevalência de quedas em idosos e fatores associados”* contataram que a prevalência de quedas entre os idosos poderia ser diminuída com o planeamento de ações assentes nas suas necessidades, especialmente intervindo nos fatores associados à queda e passíveis de prevenção. No ano seguinte, **Hosseini e Hosseini (2008)** argumentaram que as pessoas devem usar o modelo de organização da comunidade para implementar estratégias bem-sucedidas, referindo que os programas de prevenção não podem ter sucesso sem a participação e o apoio de indivíduos e organizações sociais, ou seja, sem o envolvimento da sociedade.

Maciel (2010) com o seu estudo intitulado *“Quedas em idosos: um problema de saúde pública desconhecido pela comunidade e negligenciado por muitos profissionais da saúde e por autoridades sanitárias brasileiras”*, sugeriu que as quedas têm origem multifatorial e suas causas podem ser diagnosticadas e prevenidas com medidas relativamente simples, propondo o desenvolvimento de estratégias para a educação da

comunidade, a formação e treino de profissionais de saúde e a inclusão da referida temática nos programas de saúde pública do Brasil.

Assim, as medidas preventivas passariam pelo diagnóstico e prevenção das condições capazes de provocar as quedas; da prevenção e tratamento da osteoporose; da melhoria do estado geral, incluindo da agilidade e da força muscular. Recomenda ainda, programas de prevenção realizados na comunidade com o intuito de reduzir os episódios das quedas, através da melhoria do estado funcional e reduzir o risco de lesão. Deste modo, o profissional ou a equipe de saúde deve identificar e tratar as doenças, melhorar o apoio social e as condições ambientais (Maciel, 2010).

Também **Motta (2010)** atribui a responsabilidade sobre prevenção de queda aos profissionais de saúde dos CSP, através da avaliação destes indivíduos e condução das intervenções, com especial atenção à promoção da saúde e educação da população, assentes em noções de risco ambiental, no domicílio ou na comunidade e atitudes de risco individual, nomeadamente na utilização de calçado adequado.

A **Sociedade Americana e Britânica de Geriatria (2011)** elaborou um conjunto de orientações onde consta um algoritmo de atuação na prevenção de quedas nos idosos a residir na comunidade, denominado *“Preventing of Falls in Older Persons Living in the Community”* a aplicar nos idosos com antecedentes de quedas recorrentes, dificuldades na marcha ou que tenham recorrido ao serviço de urgência após queda (anexo A). As intervenções recomendadas são: redução da medicação, planeamento de um programa de exercícios individualizado, tratamento dos problemas de visão, gestão da hipotensão postural, gestão da frequência cardíaca e das arritmias, ingestão suplementos de vitamina D, tratamento dos problemas de pés e uso de calçado adequado, adaptação do ambiente doméstico e na promoção da educação e da informação (American Geriatrics Society, 2011).

No mesmo sentido, para Al-Aama (2011) as intervenções que permitem prevenir quedas incluem avaliação domiciliária e programas de exercícios que incluem exercícios de força, marcha e equilíbrio e suplementação de vitamina D.

O estudo documental, retrospectivo e descritivo, denominado *“Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação”*, realizado em 2011, por **Freitas [et al.]**, teve como objetivo construir proposta de ação de enfermagem para prevenção de quedas em idosos. Essa proposta de intervenção de enfermagem apresentada assenta em mudanças de hábito dos idosos, reeducação alimentar, reorganização da moradia e fortalecimento do sistema músculo-esquelético,

reconhecendo que, o enfermeiro pode ajudar o idoso a prevenir as quedas, estimulando aumento da mobilidade, alimentação saudável e ambiente seguro.

No mesmo ano, em Portugal dá-se início a um projeto baseado nas orientações da DGS relativamente à prevenção de quedas, no Centro Hospitalar Médio Tejo, com o objetivo de diminuir o número de quedas. Foram traçados objetivos, implementadas estratégias preventivas bem como apresentados indicadores de resultado, com o intuito de implementar melhorias (**Travanca [et al.], 2011**). Tratou-se de um projeto reconhecido como pioneiro no nosso país, no entanto, até ao momento desconhecem-se os resultados obtidos, bem como a sua eficácia.

Também no nosso país, **Espada (2012, p. 80)** no projeto “*Quedas, mais vale prevenir*”, concluiu que

“as medidas preventivas passam pela promoção da saúde com adoção de medidas de educação para a saúde e capacitação dos idosos para o autocuidado e prevenção de incapacidades e doenças e serão tanto mais eficazes quanto maior a envolvimento de todos os setores da comunidade, idosos e família”.

Silva (2012) estudou a importância da Educação para a Saúde (EpS) na prevenção de quedas nos idosos e analisando os resultados obtidos concluiu que é importante a realização de intervenções para prevenção de quedas em idosos residentes na comunidade, pois a maioria dos idosos inquiridos (86%) referiram nunca ter recebido informação sobre prevenção do risco de queda, considerando as quedas um problema importante na sua vida (96%). Apenas 14% dos participantes afirmaram ter recebido informação sobre prevenção do risco de queda: 42,9% através de meios de comunicação social como tv, rádio ou jornais, 35,7% receberam através de profissionais de saúde, 14,3% através de familiares ou vizinhos e 7,1% obtiveram informação via internet.

Devido aos resultados identificados relativamente às quedas na pessoa idosa, **Palma (2012)** verificou a necessidade de implementação de um projeto comunitário de promoção de saúde, denominado “*Quedas nos idosos: do risco à prevenção*”, com intervenção sobre os fatores de risco na Unidade de Cuidados Continuados Integrados de S. Brás de Alportel, reconhecendo que os enfermeiros especialistas em saúde comunitária são os profissionais preparados para a implementação de programas de intervenção comunitária dirigidos às necessidades reais das populações.

Em **2012, Cabrita** com o trabalho “*Promover o equilíbrio - Projeto de intervenção comunitária - Prevenção de quedas na pessoa idosa*” corrobora com Palma (2012) afirmando que os enfermeiros especialistas em saúde comunitária

“pelas competências que desempenham e pela sua experiência na prestação de cuidados na comunidade são os profissionais que por

excelência estão habilitados para desenvolver programas de prevenção inseridos no domínio dos cuidados prestados ao idoso” (idem, p. 65-66).

Como se pode constatar estas duas últimas investigadoras atribuem, ao enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, a grande responsabilidade de conceber, implementar e avaliar programas referente à problemática em estudo, com vista a capacitação do próprio idoso, famílias e comunidade.

A ProFaNE (Prevention of Falls Network Europe) foi um projeto criado em 2013, com o intuito de desenvolver programas de prevenção e diminuição da incidência de quedas e fraturas nos idosos, através da investigação e promoção de melhores práticas. Este projeto deu lugar à ProFouND (Prevention of Falls Network Europe of Dissemination) cujos objetivos são influenciar políticas e aumentar a consciencialização sobre quedas e implementar programas inovadores de prevenção, de forma a reduzir o número de quedas dos idosos Europeus. Nessa perspetiva, elaborou um documento com orientações técnicas na prevenção de quedas denominado *“Falls Prevention Intervention Factsheets”* com informações sobre intervenções para prevenção de quedas, sendo elas: realização de exercícios de contrapeso e treino da força, medicação e intervenção médica, segurança doméstica, cuidados aos pés e utilização de calçado adequado e rastreios da visão (ProFouND).

Para **Antes, D'orsi e Beneditti (2013)**, a prevenção das quedas deve ser uma preocupação de saúde pública, visto que mudanças relativamente fáceis podem reduzir o risco de queda e **Lima [et al.] (2013)** acrescentam a necessidade do desenvolvimento de ações de prevenção e de reabilitação, que garantam uma melhor qualidade de vida aos idosos.

Barbosa [et al.] (2014) acervam que deveriam ser implementadas medidas simples que visem prevenir a ocorrência de quedas no idoso, pelo facto de se tratar de um evento comum e incapacitante nesta população e **Oliveira [et al.] (2014)** realçam a necessidade da realização de estudos nesta área, bem como no desenvolvimento de estratégias de prevenção, corroborando com Barbosa [et al.] (2014). Ainda de uma forma mais abrangente, **Rodrigues, Fraga e Barros (2014)** e **Araújo [et al.] (2014)** evidenciam a necessidade da implementação de políticas públicas e programas de saúde direcionados à prevenção de quedas e redução de suas consequências

Em **2014**, **Ângelo** desenvolveu um projeto de intervenção de enfermagem comunitária na UCC de Torres Vedras, com a finalidade de obter ganhos em saúde pela capacitação das pessoas idosas na prevenção de acidentes domésticos. Foram desenvolvidas estratégias de formação e EpS's dirigidas a grupos, monitorização do risco de queda e visitas domiciliárias preventivas, por meio de parcerias intersectoriais, com resultados sensíveis

à ação de enfermagem, cuja taxa de sucesso foi de 98%. Esse resultado permitiu concluir que as EpS's são uma ajuda efetiva no processo de capacitação dos idosos na prevenção dos acidentes domésticos.

Através da revisão sistemática da literatura de artigos publicados entre 2007 e 2014 de língua portuguesa e inglesa, recorrendo à meta análise, **Sousa (2015)** concluiu que as quedas devem ser prevenidas, através: da ação de profissionais no sentido da promoção de um envelhecimento saudável e da compreensão dos fatores de risco e causas das quedas; da realização da avaliação do risco de queda em todos os idosos com idade superior ou igual a 65 anos; do desenvolvimento de programas de prevenção de quedas sustentáveis, agradáveis e eficientes a longo prazo, procurando-se intervenções que se adaptem ao idoso e ao seu estilo de vida; do estímulo do exercício físico, treino de equilíbrio e força; da descoberta de alternativas para as terapêuticas que aumentem o risco de queda; da promoção da educação contínua do doente e da comunidade, da otimização da segurança no domicílio, do uso de calçado de salto baixo, de alta superfície de contacto e antiderrapante e da verificação da adaptação aos auxiliares de marcha.

As intervenções resultantes do estudo de Sousa (2015) são semelhantes às intervenções de prevenção de quedas defendidas pela ProFouND, acrescentando apenas a necessidade da avaliação do risco de queda em todos os idosos com idade igual ou superior a 65 anos, o desenvolvimento de programas de prevenção de quedas que se adaptem ao idoso, a promoção e a educação contínua do idoso e da comunidade e a adaptação às ajudas técnicas.

Saccomano e Ferrara (2015) propõem a implementação de medidas farmacológicas (ex.: suplementos de vitamina D e Ferro), medidas não farmacológicas (ex.: boa iluminação, eliminação de tapetes...), treino de força e equilíbrio e nutrição. **Oliveira [et al.] (2015)** assegura que os enfermeiros, na sua prática profissional, devem reconhecer os fatores de risco, e ser capaz de minimizar seus efeitos, através de intervenções adequadas e avaliando os resultados obtidos na prevenção de quedas.

Prior (2015, p. 44), apresenta outra perspetiva sobre prevenção de quedas, defendendo que esta pode ser alcançada através de: *“Medidas de modificação de atitudes, como campanhas nos principais meios de comunicação, panfletos e vídeos”*; *“Medidas de modificação de comportamentos, tais como realização de atividade física”*; conjuntamente com *“Medidas de modificações estruturais, tais como alterações ambientais e regulamentação”*.

Os achados de **Nascimento e Tavares (2016)** reforçaram a necessidade de investimento na promoção da saúde e prevenção de morbididades ao longo do ciclo vital, considerando que, de entre os preditores de quedas, somente a presença de comorbilidades é passível de intervenção do profissional de saúde. Por sua vez, **Rodrigues, Barbeito e Junior (2016)**, demonstram que os principais fatores intervenientes para a ocorrência de quedas estão relacionados com os fatores extrínsecos (ambientais) e intrínsecos (decorrentes do processo de envelhecimento). Além disso, a prática regular de exercício físico permite melhorar a capacidade física dos idosos, diminuindo o número de quedas e por consequência melhora a qualidade de vida destes indivíduos, sugerindo que os programas de prevenção de quedas devem ser constituídos com ações de EpS, onde devem ser incluídos exercícios físicos de força, equilíbrio e flexibilidade voltados para as AVD's, bem como devem ser dadas orientações sobre os riscos ambientais a que se está sujeito a deambular pela cidade.

Smith (2017) associou a queda a múltiplos fatores, mencionando que o conhecimento multidisciplinar é fundamental, afim de atuar na prevenção e identificação dos idosos em risco, e como tal, torna-se fundamental a realização de outros estudos dessa natureza, pois esse facto atua de forma positiva na determinação da conduta por parte dos profissionais.

Resta referir que em 2017, posteriormente ao início do presente estudo, o SNS devido à extrema importância da queda para a saúde da população portuguesa, colocou na área do cidadão do portal do utente um livro digital denominado *“tropeções, quedas e trambolhões”*, dirigido a todas as idades dando enfoque às pessoas idosas (SNS, 2017).

Daí se concluiu que a prevenção de quedas deve passar pela promoção da saúde através da capacitação dos utentes, família e comunidade, incentivando a realização de exercício físico, orientando para o ajuste terapêutico, aconselhando sobre a segurança doméstica, incentivando os cuidados aos pés e ao uso de calçado adequado e uso de dispositivos adaptados, para que se verifiquem mudanças de comportamentos nos indivíduos/sociedade e se consiga eliminar gradualmente as barreiras estruturais existentes, de forma a diminuir ao máximo a ocorrência de quedas.

CAPÍTULO IV – OPÇÕES METODOLÓGICAS

Um estudo de investigação baseia-se numa série de etapas interligadas, que visam a aquisição de conhecimento relativamente à problemática em questão (Fortin, 2009). Na fase metodológica, definem-se os métodos para concretizar a investigação, “o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses” (*idem*, p. 53).

Neste capítulo são apresentadas todas as fases do processo metodológico deste estudo, nomeadamente: finalidade, questão de investigação e objetivos; tipo de estudo; contexto, população e amostra; hipóteses e variáveis; instrumentos de recolha de dados; procedimentos de recolha de dados; tratamento e análise de dados e questões éticas.

4.1. Finalidade, questão de investigação e objetivos

Este estudo tem por finalidade contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde na prevenção de quedas nas pessoas idosas, com base na promoção da saúde e através da sensibilização dos profissionais de saúde. Assim, a questão de partida passa por conhecer

Qual o risco de queda nos idosos inscritos no CS de Viana do Castelo e quais os seus fatores de risco?

Relativamente aos objetivos do estudo foram definidos dois objetivos gerais que englobam vários objetivos específicos:

- Avaliar o risco de queda nos idosos inscritos no CS de Viana do Castelo;
 - Descrever as características do estado de saúde dos inquiridos (perceção do estado atual de saúde (saúde geral, visão e audição), realização de intervenção cirúrgica nos últimos 12 meses, tipo de intervenção cirúrgica, autonomia para as AVD's; utilização de auxiliar de marcha, possibilidade de deslocação autónoma com a utilização de auxiliar de marcha, medicação diária, medicação do foro psíquico, medo de cair, dependência para as AVD's e risco de queda);
 - Determinar a proporção de idosos que sofreram queda nos últimos 12 meses;
 - Determinar a proporção de idosos com quedas recorrentes;
 - Descrever as características da queda (local da ocorrência de quedas, motivos de quedas, atividade no momento da queda, tempo mínimo de

dias que o idoso esteve impossibilitado de realizar as AVD's, ocorrência de lesão, tipo de lesão e local de fratura);

- Determinar a proporção de idosos que, após a queda, tiveram necessidade de recorrer aos cuidados de saúde primários ou hospitalares;
- Identificar fatores de risco de queda nos idosos inscritos no CS de Viana do Castelo.
 - Avaliar a associação entre o risco de queda e a idade;
 - Avaliar a relação entre o risco de queda e o sexo;
 - Avaliar a associação entre o risco de queda e a dependência.

4.2. Tipo de estudo

Para responder aos objetivos definidos, optou-se por um estudo observacional, de tipologia transversal com abordagem quantitativa, cujo contexto foi a área de abrangência do CS de Viana do Castelo.

Definiu-se estudo observacional, uma vez que a investigadora observa o acontecimento sem interferir no estudo (Hochman [et al.], 2005). Ou seja, foi aplicado um questionário sobre a “queda”, cujas respostas foram dadas por cada indivíduo, sem qualquer influência externa sobre a referida problemática.

Considera-se também um estudo transversal, por ser realizado uma única vez, a uma amostra previamente definida (Fortin, 2009), permitindo a descrição das características da população e a identificação dos grupos de risco, através da observação da realidade de um acontecimento num determinado momento (Bastos e Duquia, 2007).

Uma vez que os dados obtidos foram quantificados e analisados estatisticamente, definiu-se este estudo como quantitativo. Para Fortin (2009), esse tipo de abordagem assenta na medida de fenómenos e na análise dos dados numéricos, tendo como finalidade fazer uma descrição de um acontecimento e dos fatores associados.

4.3. Contexto, população e amostra

O presente estudo decorreu nas unidades funcionais do ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) da ULSAM-EPE (Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Entidade Pública Empresarial) e localizadas no Concelho de Viana do Castelo, nomeadamente a UCSP de Viana do Castelo (Sede e Extensões de Lanheses, Santa Marta, Meadela, Afife e Carreço), a USF Cuidarte e a USF Gil Eanes.

A escolha deste contexto de pesquisa prendeu-se com o facto de atualmente não existir nenhum estudo que, espelhe a realidade desse acontecimento, nos idosos residentes na área de abrangência das referidas Unidades Funcionais (UF's), apesar de diariamente os enfermeiros que lá trabalham serem confrontados com o diagnóstico de queda, com maior prevalência nos utentes idosos.

A população que, conforme Fortin (2009, p. 69) constitui “(...) *um grupo de pessoas ou elementos que têm características comuns*”, foi constituída por todos os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos inscritos nas UF de Viana do Castelo, que cumprissem os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual e superior a 65 de idade, ter inscrição ativa e recorrer a essa unidade durante o período da colheita de dados.

Foram excluídos todos os indivíduos que recusaram participar no estudo, bem como os indivíduos incapazes de se deslocar às UF's, portadores de doença mental, com alterações cognitivas, transtornos graves de comunicação e utentes sem médico ou sem médico por opção.

A amostra é definida como parte da população na qual se realiza o estudo (Fortin, 2009) e neste estudo foi calculada com a utilização do aplicativo informático “TheSurveySystem”, tendo em conta população previamente selecionada (9230 total de utentes inscritos, segundo dados da Administração Central dos Serviços de Saúde e aplicando um erro amostral máximo de 5% e um nível de significância de 5%. O resultado obtido para o valor total da amostra foi 369, sendo posteriormente calculado nº de indivíduos a inquirir em cada unidade funcional (UF) de acordo com o número de utentes de cada unidade, através da tipologia de amostragem não probabilística, por conveniência e proporcional por UF, tal como se apresenta na tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição dos participantes pelas UF que integram o estudo

Unidade de Saúde	ni	fi(%)
UCSP Viana do Castelo	74	20,1
Extensão de Afife	15	4,1
Extensão de Carreço	17	4,6
Extensão da Meadela	20	5,4
Extensão de Lanheses	32	8,7
Extensão de Sta Marta	24	6,5
USF Cuidarte	69	18,7
USF Gil Eanes	118	32,0
Total	369	100,0

4.4. Hipóteses e variáveis

A fase metodológica de um estudo de investigação pressupõe a definição de variáveis, definidas por Fortin (2009, p. 171) como sendo “*um elemento que é produzido e manipulado numa situação de investigação com vista a exercer um efeito sobre outra variável (...)*”. São consideradas variáveis independentes as que podem ser manipuladas pelo investigador de forma a produzir efeito na variável dependente (*idem*).

Uma vez que, com esta investigação, se pretendeu avaliar o risco de queda na população idosa e identificar alguns fatores que se associam ao evento queda nesta população, foram definidas as variáveis descritas na tabela 6, baseadas nos objetivos do estudo e nas hipóteses a testar.

As hipóteses de investigação são consideradas “*um enunciado formal de relações revistas ente duas variáveis*”, predizendo os resultados da investigação. Assim, neste estudo pretendeu-se testar:

HIPÓTESE 1 - O risco de queda está associado à idade das pessoas;

HIPÓTESE 2 - O risco de queda está relacionado com sexo das pessoas;

HIPÓTESE 3 - O risco de queda está associado à dependência dos idosos.

Tabela 6 – Descrição das Variáveis

Designação	Tipo Variável	Categorização	Escalas de Medida
Risco de queda	Dependente	0 - 125	Intervalar/quantitativa
		0 - Sem risco; 1 - Baixo risco; 2 - Alto Risco	Ordinal
Idade	Independente		Intervalar/quantitativa
Sexo	Independente	1 – Masculino; 2 - Feminino	Nominal
Grau de Dependência	Independente	0 - 100	Intervalar/quantitativa
		0-20 - Dependência total; 21-60 - Dependência grave; 61-90 - Dependência moderada; 91-99 - Dependência muito leve; 100 - Independência	Ordinal

4.5. Instrumentos de recolha de dados

Para a fase da recolha de dados, que consiste em “*recolher metodicamente a informação junto dos participantes com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para esse fim*” (Fortin, 2009, p. 403), utilizou-se como o instrumento, um questionário denominado “*Risco de queda no idoso em contexto comunitário*” (Apêndice D), colhendo-se dados sobre algumas variáveis independentes que permitem a caracterização sociodemográfica (idade, sexo, local de residência e UF onde se encontra inscrito), a Escala de Morse, o Índice de Barthel, parte do questionário de saúde e identificação de fatores de risco de queda para a população idosa e uma questão acerca da necessidade de utilização dos SS após a queda.

A Escala de Queda de Morse foi desenvolvida por Janice Morse, em 1985 no Canadá, teve por base um estudo prospetivo, onde se pretendia identificar as pessoas com risco de queda fisiológica. A escala de Morse permite avaliar o risco de queda de um indivíduo, através de seis parâmetros: historial de quedas, diagnóstico(s) secundário(s), ajuda para caminhar, terapia intravenosa, postura no andar e transferência e estado mental, sendo esta a utilizada no questionário desta investigação (ver anexo B) (Morse 2009).

A definição dos níveis de corte da escala de Morse para este estudo, baseou-se nos níveis utilizados por Costa-Dias, Ferreira e Oliveira (2014), no estudo “Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Queda de Morse”, sendo que: de 0 a 24 os indivíduos são considerados “*sem risco*” de queda, indivíduos com 25-50 pontos apresentam “*baixo risco*” de queda e indivíduos com um valor ≥ 51 -125 possuem “*alto risco*” de queda.

O referido estudo decorreu em dois hospitais da zona de Lisboa, com a participação de 120 enfermeiros que aplicaram a escala de Morse 200 indivíduos. Os resultados obtidos revelaram que a escala apresenta uma boa fiabilidade em contexto hospitalar (coeficiente de correlação intraclasse de 0,838), sendo recomendada a sua utilização ao nível dos cuidados hospitalares (Costa-Dias e Ferreira, 2014).

Esta escala é considerada por muitos investigadores como uma ferramenta de fácil utilização para a avaliação do risco de queda em utentes internados, havendo muito poucos estudos em que esta seja utilizada na comunidade, por razões que se desconhecem. No entanto, esta é a escala que os profissionais de saúde têm acesso na sua prática clínica, através do sistema informático SClinico, sendo essa a justificação para a sua utilização.

A “*Escala de Barthel*” ou “*Índice de Barthel*” é um instrumento validado para Portugal por Araújo [et al.] (2007) com um nível de fidelidade elevado (alfa de Cronbach de 0,96), que

avalia o nível de dependência da pessoa relativamente às ABVD's: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo dos esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama e subir e descer escadas (ver Anexo C) (Mahoney & Barthel, 1965).

Esse índice mede a independência funcional, através de uma escala constituída por 10 itens, existindo formas distintas de pontuação (de 0-20 ou de 0-100) e diferentes definições de pontos de corte para os níveis de dependência. Apesar do score utilizado na validação do índice de Barthel para a população portuguesa ter sido o que varia de 0-20 pontos, para este estudo, foi selecionada a categorização utilizada por Azeredo e Matos (2003) que varia de 0-100 pontos, uma vez que é considerada facilitadora na interpretação dos dados obtidos. Através dessa categorização, um score total de 0-20 pontos indica dependência total, de 21-60 dependência grave, de 61-90 dependência moderada, de 91-99 muito leve dependência e 100 independência.

O índice de Bathel é considerado por Araújo [et al.] (2007, p. 59) um instrumento que *“facilmente pode constituir uma estratégia de avaliação do grau de autonomia das pessoas idosas, de uma forma objetiva, nos serviços de saúde, nomeadamente, no contexto comunitário”*, sendo também a utilizada pelos enfermeiros na prática clínica, uma vez que faz parte integrante do aplicativo informático em vigor - SClinico. Outra razão para a opção por as referidas escalas (Morse e de Barthel) resultou do facto de ambas se encontrarem validadas para a população portuguesa, embora no caso índice Barthel, se tenha optado por utilizar uma pontuação diferente da validada. Para além disso, as referidas escalas foram utilizadas em vários estudos científicos permitindo comparabilidade de dados.

Para identificar os fatores de risco de queda utilizou-se a primeira parte do *“Questionário de Saúde e identificação de fatores de risco de queda para a população idosa portuguesa”* versão validada para a população portuguesa, por Valente em 2012 (ver Anexo D), não tendo sido encontradas mais escalas validadas para Portugal, durante a pesquisa teórica, que avaliassem fatores de risco de queda.

Foi utilizado apenas a primeira parte do referido questionário, pois era aquela que continha as questões de maior interesse para esta investigação, relacionadas com o estado de saúde do indivíduo e a ocorrência de quedas. A segunda parte referia-se à aplicação do questionário *“Yale Physical Activity Survey”* que avaliam a prática de atividade física, a sua intensidade e duração. Uma vez que a pretensão desta investigação não era relacionar a atividade física com o risco de queda e devido às limitações temporais existentes, decidiu-se abdicar dessa avaliação.

4.6. Procedimentos de recolha de dados

Os procedimentos utilizados tiveram por base objetivos do estudo, sendo que numa primeira fase, após a autorização do Conselho de Administração da ULSAM para o início do estudo (Apêndice A) e como forma de validar o questionário *“Risco de queda no idoso em contexto comunitário”* e detetar possíveis falhas, quanto à sua aplicabilidade e compreensão das questões por parte dos inquiridos, foi realizado um pré-teste.

Assim sendo, o referido questionário foi aplicado a um total de 20 idosos, pela própria investigadora, na Extensão de Lanheses, sendo que os dados resultantes não foram utilizados na investigação. Com a realização do pré-teste, verificou-se a necessidade de fazer ligeiros ajustes, incluir algumas orientações para facilitar a aplicação do questionário, acrescentar a questão *“Que tipo de lesão?”* e retirar a questão *“Usa lentes bifocais?”*, pelo facto das dificuldades apresentadas pelos respondentes e por não se considerar pertinente para este estudo.

A recolha dos dados foi efetuada através de um questionário integrando os instrumentos selecionados para o efeito, sendo também a própria investigadora a colocar as questões e registando as respostas de forma isenta, sem provocar qualquer tipo de influência. Os dados foram recolhidos em cada UF do CS de Viana do Castelo, entre 02.01.2018 até 31.03.2018, com a colaboração dos enfermeiros da unidade no encaminhamento dos utentes e todos os participantes que aceitaram integrar o estudo assinaram o consentimento informado, livre e esclarecido.

4.7. Tratamento e análise de dados

Após a recolha de dados, estes foram inseridos numa base de dados do Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 23, onde posteriormente foram tratados através da análise estatística descritiva e inferencial, com intuito de dar resposta aos objetivos e hipóteses do estudo.

Numa primeira etapa, utilizou-se a estatística descritiva para análise dos dados, a qual permitiu fazer a caracterização sociodemográfica (idade, sexo e local de residência) e do estado de saúde (perceção do estado atual de saúde geral, visão e audição; realização de intervenção cirúrgica nos últimos 12 meses; tipo de intervenção cirúrgica; autonomia para as AVD's; utilização de auxiliar de marcha; deslocação autónoma com a utilização de auxiliar de marcha; medicação diária, medicação do foro psíquico, medo de cair, possibilidade do medo de cair condicionar as AVD's, dependência para as AVD's, domínios do índice de Barthel, risco de queda e domínios da escala de Morse).

Foram avaliadas as medidas de tendência central e dispersão, relativamente à idade, idade segundo o sexo, ao número de medicamentos ingeridos diariamente, ao score da escala de Morse, ao score do índice de Barthel, ao tempo que esteve impossibilitado de realizar as AVD's e à ocorrência de queda nos últimos 12 meses. Os dados relativos à ocorrência de quedas, lesões associadas e uso dos serviços de saúde estão também espelhados através da estatística descritiva.

No que diz respeito à análise descritiva, para as variáveis contínuas apresentam-se a média e desvio padrão, a moda e a mediana e para as variáveis ordinais e nominais escreve-se a frequência absoluta e relativa.

Relativamente à análise inferencial e para que fosse efetuada uma escolha correta relativamente ao teste estatístico a aplicar, previamente foram certificados os pressupostos para utilização de testes paramétricos, nomeadamente a normalidade de distribuição, através dos testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, tendo-se verificado que não cumpriram o pressuposto de normalidade da distribuição. Assim sendo, para verificar a H2 aplicou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Relativamente à H1 e H3 optou-se por utilizar a correlação de Spearman uma vez que se tratavam de duas variáveis contínuas.

4.8. Questões éticas

Todas as investigações científicas realizadas com seres humanos fazem emergir questões morais e éticas, sendo a ética considerada *“(...) a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta (....) é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”* (Fortin, 2009, p. 114).

Ao longo de todo o processo de investigação, foram respeitados os princípios éticos, de acordo com a Declaração de Helsínquia que constitui um conjunto de *“princípios éticos para a investigação clínica envolvendo seres humanos”* (Associação Médica Mundial, 2013, p. 19), nomeadamente o anonimato, a confidencialidade, a privacidade, a garantia de consentimento informado, livre e esclarecido dos indivíduos participantes no estudo. Toda a investigação também tem por base a Convenção de Oviedo que visa a proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade Humana face às aplicações da biologia e da medicina (Decreto-Lei (DL) nº1/2001).

As aplicações dos referidos instrumentos de recolha de dados tiveram por base o cumprimento das questões legais e éticas que lhe estão associadas, tendo sido primeiramente sujeito à aprovação do Conselho Científico da Escola Superior de Saúde

de Viana do Castelo e posteriormente pelo Conselho de Administração da ULSAM de acordo com o parecer positivo da sua Comissão de Ética para a Saúde (Apêndice A).

Para além disso, foi também solicitada, via email, a autorização para a utilização da versão validada para a população portuguesa do *“Questionário de Saúde e identificação de fatores de risco de queda para a população idosa portuguesa”* tendo a autora do instrumento demonstrado satisfação pelo facto de se pretender aplicar o questionário supracitado (Apêndice C).

O anonimato, a confidencialidade e privacidade foram garantidos através da codificação dos questionários e respetivas escalas aplicadas aos indivíduos que participaram neste estudo, não havendo qualquer referência relacionada com a identificação dos idosos, e consequentemente não ocorrendo associação desses aos dados obtidos.

O consentimento livre e informado dos participantes foi garantido através do preenchimento do referido documento, onde constam as principais informações sobre o estudo, como é o caso do objetivo da investigação, a garantia de proteção do anonimato e da participação voluntária (tendo a possibilidade de interromper a sua participação ou retirar o seu consentimento em qualquer momento do questionário) (ver Apêndice B). A informação obtida através dos questionários aplicados será destruída após a conclusão do estudo.

CAPÍTULO V – RESULTADOS DO ESTUDO

Neste capítulo procede-se à apresentação dos resultados do estudo, baseados nos objetivos e hipóteses previamente definidas, recorrendo à sua representação gráfica através de tabelas e gráficos, devidamente identificadas e numerados, seguida de uma breve descrição.

Inicialmente apresenta-se uma breve caracterização sociodemográfica da amostra, seguida da caracterização do estado de saúde, onde também constam os resultados relativos ao nível de dependência dos idosos e risco de queda. Posteriormente, apresentam-se os dados resultantes da proporção de idosos que sofreram queda nos últimos 12 meses e da proporção de idosos com quedas recorrentes, seguindo-se a descrição das características das quedas vivenciadas pelos idosos e apresentação da proporção de idosos que, após a queda, tiveram necessidade de recorrer aos SS. Por último, são revelados os resultados das associações estatísticas estudadas.

5.1. Caracterização sociodemográfica

A caracterização sociodemográfica dos idosos inquiridos baseou-se nas perguntas iniciais do questionário, aplicado às pessoas idosas, variáveis como a idade, sexo, local de residência e UF, sendo estas consideradas fundamentais neste estudo.

Relativamente à **idade**, a amostra deste estudo foi constituída por 369 pessoas inscritas no CS de Viana do Castelo e residentes no Concelho de Viana do Castelo, com idades que variaram entre os 65 e 96 anos de idade, com idade média de 77,3 (DP=7,17) anos; moda 80 e mediana 77,00.

Com a categorização da variável idade em dois grupos etários: um constituído por idosos mais jovens de 65 a 74 anos e outro com idosos de idade igual ou superior a 75 anos, verifica-se que prevalecem os mais idosos (64,5%) (tabela7), verificando-se que estes últimos representam quase o dobro dos primeiros.

Tabela 7 - Distribuição das pessoas idosas segundo o grupo etário (n=369)

Grupo etário	ni	fi(%)
65 – 74	131	35,5
≥ 75	238	64,5

No que diz respeito ao variável **sexo**, constatou-se que maioritariamente a amostra é constituída por mulheres (59,3%) (tabela 8).

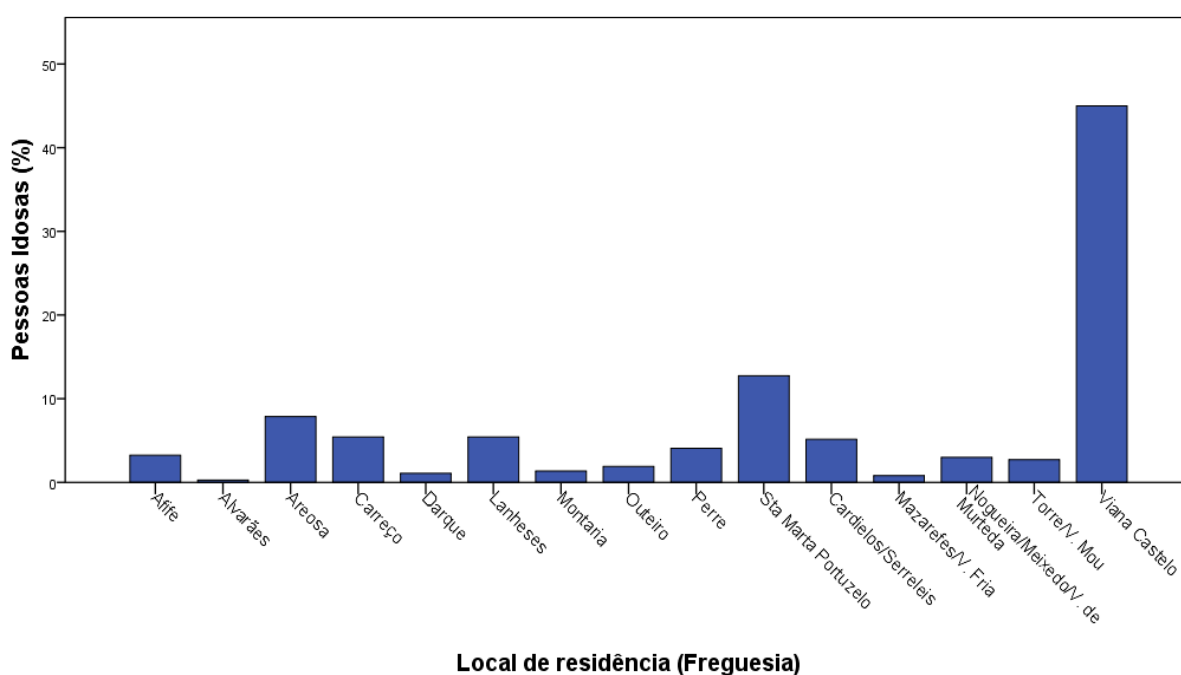
Tabela 8 - Distribuição das pessoas idosas segundo o sexo (n=369)

Sexo	ni	fi(%)
Masculino	150	40,7
Feminino	219	59,3

As mulheres apresentaram idades que variam entre os 65 e 96 anos, com idade média de 78 (DP=8) anos, moda 79 e mediana 78, por sua vez, os homens tinham idades que variam entre os 65 e 95 anos, com idade média de 77 (DP=7) anos, moda 75 e mediana 77. Esses dados permitiram aferir que as mulheres apresentam uma média de idade superior à dos homens e um intervalo entre as idades igualmente superior.

Quanto ao **local de residência**, todos os participantes pertenciam ao Concelho de Viana do Castelo, prevalecendo os idosos residentes na União de Freguesias de Sta. M^a Maior, Monserrate e Meadela com 45%, seguido da Freguesia de Santa Marta Portuzelo com 12,7% e da Freguesia da Areosa com 7,9% (gráfico1).

Gráfico 1 - Distribuição das pessoas idosas por local de residência (freguesia) (n=369)



5.2. Caracterização do estado de saúde

A caracterização do estado de saúde dos idosos inquiridos assentou nas respostas obtidas, com a aplicação do “*Questionário de saúde e identificação de fatores de risco de queda para a população idosa portuguesa*”, relativamente à referida temática e inclui os resultados da avaliação da dependência para as AVD's e do risco de queda.

Na questão relativa à **perceção do estado atual de saúde**, os inquiridos na sua maioria (55,3%) afirmaram ser “Razoável”, seguido da resposta “Boa” com 26,0%. Face ao estado da acuidade visual, também a maioria dos idosos referiu ser “Razoável” (55,3%); seguido de “Boa” (30,1%). Quanto à acuidade auditiva as respostas “Razoável” e “Boa” apresentaram os seguintes valores, respetivamente 43,6% e 36,6%.

Tabela 9 - Distribuição do estado de saúde geral, visão e audição das pessoas idosas, segundo a perceção atual (n=369)

Estado de saúde	Perceção do estado de saúde											
	Muito má		Má		Razoável		Boa		Excelente		Não responde	
	ni	fi(%)	ni	fi(%)	ni	fi(%)	ni	fi(%)	ni	fi(%)	ni	fi(%)
Geral	8	2,2	53	14,4	204	55,3	96	26,0	7	1,9	1	0,3
Visão	8	2,2	45	12,2	204	55,3	111	30,1	1	0,3	0	0,0
Audição	9	2,4	56	15,2	161	43,6	135	36,6	8	2,2	0	0,0

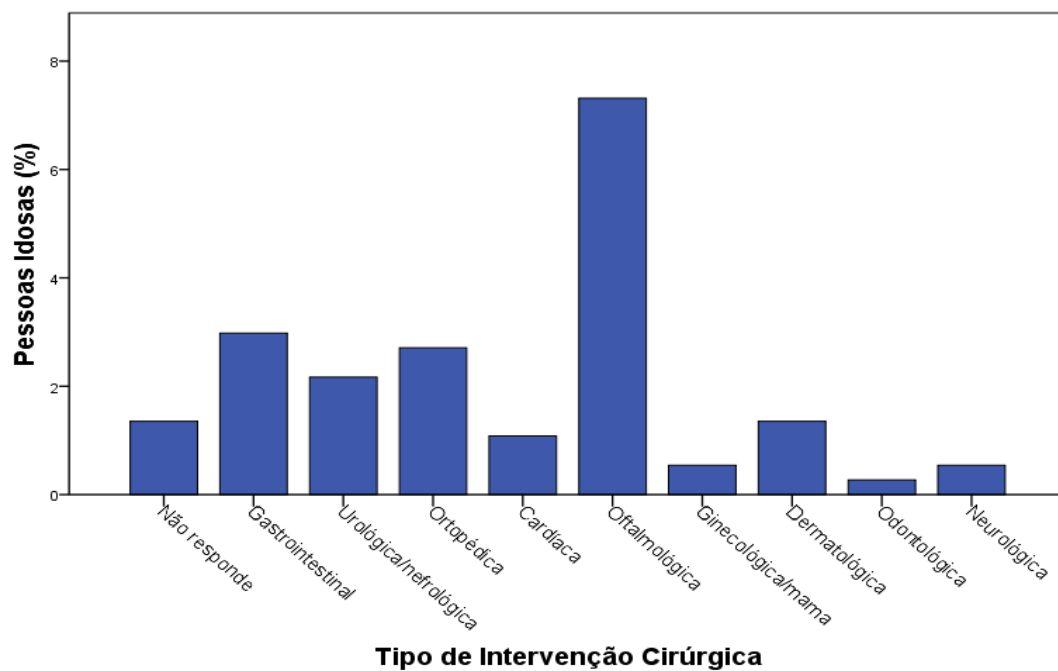
Relativamente à realização de alguma **intervenção cirúrgica** nos últimos 12 meses, as pessoas idosas responderam negativamente em 79,7% (tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição das pessoas idosas segundo a ocorrência de intervenção cirúrgica nos últimos 12 meses (n=369)

Ocorrência de intervenção cirúrgica nos últimos 12 meses	ni	fi(%)
Não	294	79,7
Sim	75	20,3

Dos 20,3% dos indivíduos, que foram sujeitos a pelo menos uma cirurgia, os três tipos de cirurgia mais efetuados foram: a oftalmológica (7%), a gastrointestinal (3%) e ortopédica (2,7%) (gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição do tipo de intervenção cirúrgica efetuada nos últimos 12 meses (n=369)



Relativamente à **autonomia** para a realização das tarefas diárias, constatou-se que a grande maioria (82,7%) respondeu positivamente e 17,3% negativamente (tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição de pessoas idosas segundo a autonomia nas tarefas diárias (n=369)

Autonomia para as tarefas diárias	ni	fi(%)
Não	64	17,3
Sim	305	82,7

Quando questionados acerca da **utilização de auxiliar de marcha**, 20,1% confirmaram a sua existência (tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição de pessoas idosas segundo a utilização de auxiliar de marcha (n=369)

Utilização de auxiliar de marcha	ni	fi(%)
Não	295	79,9
Sim	74	20,1

Da totalidade dos idosos que assumiram utilizar algum dispositivo auxiliar de marcha, 81,1% referiram que com este equipamento têm a possibilidade de se deslocar autonomamente (tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição de pessoas idosas que utilizam auxiliar de marcha segundo a possibilidade de efetuar uma deslocação autónoma (n=74)

Possibilidade de uma deslocação autónoma	ni	fi(%)
Não	14	18,9
Sim	60	81,1

No que diz respeito à **medicação diária**, constatou-se que 97% dos idosos ingerem medicação diariamente e que apenas 3% não ingerem nenhum fármaco (tabela 14).

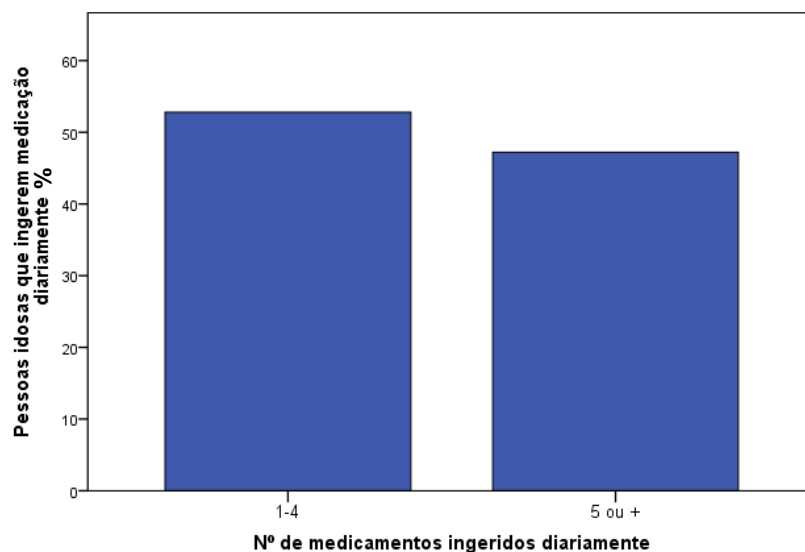
Tabela 14 – Distribuição de pessoas idosas segundo a ingestão de medicação diária (n=369)

Ingestão de medicação diária	ni	fi(%)
Não	11	3,0
Sim	358	97,0

Das pessoas idosas que respondem positivamente à toma de medicação diária, verifica-se que o nº de medicamentos ingeridos apresentavam o valor mínimo de 1 e o máximo de 25, a média foi de 4,9 (DP=3,06) medicamentos, a moda 2 e a mediana 4,00.

Para além disso, constatou-se que 52,8% dos indivíduos tomavam entre 1 a 4 medicamentos por dia e que 47,2% tomavam 5 ou mais (gráfico 3), sendo estes últimos denominados pela DGS (2017) como “*polimedicados*”.

Gráfico 3 - Distribuição de pessoas idosas que ingerem medicamentos diariamente segundo o nº de medicamentos ingeridos (n=358)



À questão sobre a toma de **medicação do foro psíquico**, 77,5% responderam “Não”, contrariamente a 20,1% que assumiram tomar esse tipo de medicação (tabela 15).

Tabela 15 – Distribuição de pessoas idosas segundo a ingestão de medicação do foro psíquico (n=369)

Ingestão de medicação do foro psíquico	ni	fi(%)
Não	286	77,5
Sim	74	20,1
Não responde	9	2,4

O **medo de cair** faz parte das preocupações dos idosos, como podemos comprovar através dos resultados obtidos, em que 68% dos inquiridos manifestaram medo de viver esse episódio e apenas 32% referiram nunca o ter sentido (tabela 16).

Tabela 16 – Distribuição das pessoas idosas segundo a presença de medo de cair (n=369)

Presença de medo de cair	ni	fi(%)
Nunca	118	32,0
Ocasionalmente	138	37,4
Frequentemente	86	23,3
Sempre	27	7,3

Dos inquiridos que referiram ter medo de cair, 50,6% confirmaram o facto de este condicionar a realização de atividades diárias e 49,4% afirmaram não apresentar restrições das suas atividades (tabela 17).

Tabela 17 – Distribuição das pessoas idosas com medo de cair segundo a possibilidade de este condicionar a realização de atividades diárias (n=251)

Condicionamento nas AVD's	ni	fi(%)
Não	124	49,4
Sim	127	50,6

O grau de **dependência para as AVD's** dos idosos inquiridos foi avaliado através da aplicação do Índice de Barthel e, como forma de avaliar a consistência interna do Índice de Barthel, foi calculado o *alfa* de Cronbach, tendo-se obtido o valor de 0,945. Uma vez que, um valor de alfa de Cronbach acima dos 0,9 indica uma fiabilidade elevada (Maroco, 2007), constatou-se que a referida escala, neste estudo apresentou um elevado nível de confiabilidade interna.

Os resultados da aplicação do referido instrumento revelaram uma pontuação mínima de 0 pontos e um valor máximo foi de 100, a média foi de 93,1 (DP=17,16) pontos, a moda e a mediana foi 100 pontos (tabela18).

Tabela 18 - Estatísticas descritivas resultantes da aplicação do Índice de Barthel (n=369)

	Mínimo-Máximo	Média(DP)	Moda	Mediana
Índice de Barthel	0-100	93,10±17,161	100	100

Os valores obtidos em cada domínio do respetivo índice encontram-se descritos na tabela que se segue, prevalecendo elevadas frequências relativas, com valores superiores a 80%, para os itens associados à independência de cada atividade (tabela 19).

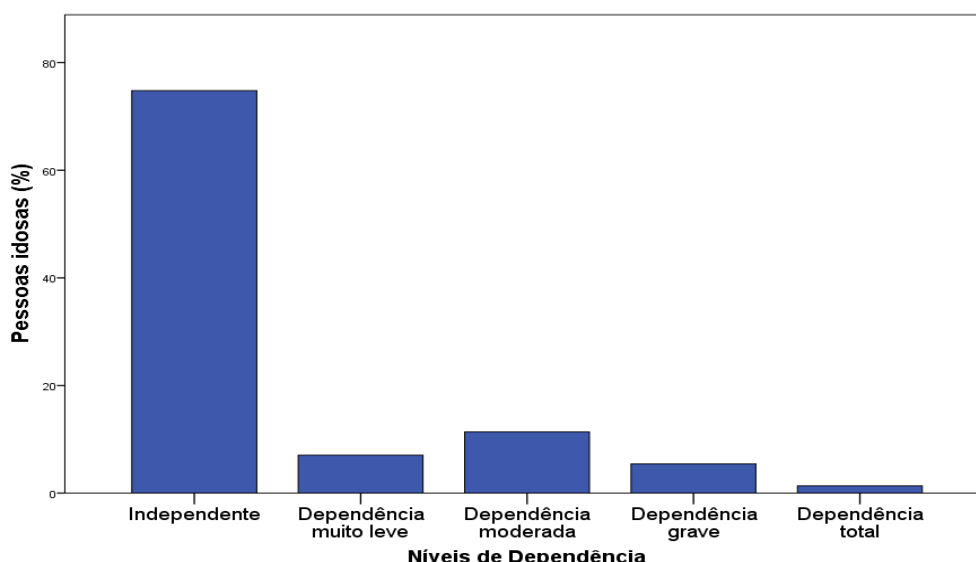
Tabela 19 - Distribuição das pessoas idosas segundo os domínios do Índice de Barthel
(n=369)

Domínios do Índice de Barthel	Respostas possíveis	ni	fi(%)
Alimentação	Independente	338	91,6
	Precisa de alguma ajuda	22	6,0
	Dependente	9	2,4
Transferência	Independente	330	89,4
	Precisa de alguma ajuda	31	8,4
	Necessita da ajuda de outra pessoa, não consegue sentar-se	5	1,4
	Dependente, não tem equilíbrio sentado	3	,8
Toalete	Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	331	89,7
	Dependente, necessita de alguma ajuda	38	10,3
Utilização de WC	Independente	332	90,0
	Precisa de alguma ajuda	27	7,3
	Dependente	10	2,7
Banho	Toma banho só	308	83,5
	Dependente, necessita de alguma ajuda	61	16,5
Mobilidade	Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	319	86,4
	Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	34	9,2
	Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros	10	2,7
	Imóvel	6	1,6
Subir e descer escadas	Independente, com ou sem ajudas técnicas	316	85,6
	Precisa de ajuda	38	10,3
	Dependente	15	4,1
Vestir	Independente	330	89,4
	Com ajuda	31	8,4
	Impossível	8	2,2
Controle intestinal	Controla perfeitamente	346	93,8
	Acidente ocasional	14	3,8
	Incontinente ou precisa do uso de clisteres	9	2,4
Controle urinário	Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manipular a algália sozinho	314	85,1
	Acidente ocasional (máximo 1 vez/semana)	45	12,2
	Incontinente ou algaliado incapaz de manejar a algália sozinho	10	2,7

A pontuação do nível de dependência das pessoas idosas, que participam neste estudo, resultou da recodificação da variável, segundo a categorização previamente selecionada e descrita no capítulo anterior, tendo-se obtido os seguintes resultados: 74,8% das pessoas inquiridas foram considerados como independentes, 11,4% apresentaram

dependência moderada, 7,0% dependência muito leve, 5,4% dependência grave e 1,4% dependência total (gráfico 4). Resumidamente, da totalidade da amostra, 25,2% tem algum tipo de dependência.

Gráfico 4 - Distribuição da dependência das pessoas idosas para as AVD's (n=369)



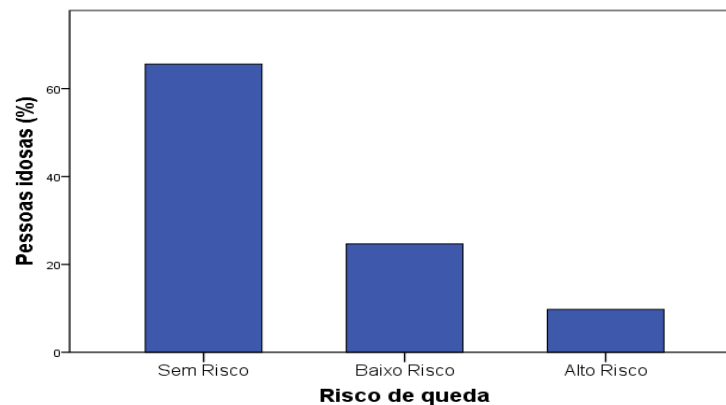
A avaliação do **risco de queda** neste estudo efetuou-se através da Escala de Morse, apresentando como valor mínimo 0 e como valor máximo 95; a média foi de 23,39 (DP=20,19) pontos; a moda e a mediana de 15 (tabela 20).

Tabela 20 - Estatísticas descritivas resultantes da aplicação da Escala de Morse (n=369)

	Mínimo-Máximo	Média(DP)	Moda	Mediana
Escala de Morse	0-95	23,39±20,194	15	15

Com a aplicação da categorização da escala de Morse, utilizada na validação da escala para a população portuguesa por Costa-Dias, Ferreira e Oliveira (2014), na amostra deste estudo, foi possível verificar que 65,6% das pessoas idosas não apresentaram risco de queda, no entanto 24,7% apresentaram “baixo risco” e 9,8% “alto risco” (gráfico 5). Assim sendo, foi demonstrado que um total de 34,5% dos idosos inquiridos possui risco de queda.

Gráfico 5 - Distribuição do risco de queda na amostra (n=369)



Analisando os resultados numéricos e percentuais de cada domínio avaliado (tabela 21), salienta-se que 22,8% referiram ter sofrido pelo menos um episódio de queda nos últimos três meses; 75,9% apresentaram diagnósticos secundários; 83,7% responderam que não necessitam de ajuda a caminhar, necessitam de ajuda, encontram-se acamado, encontram-se em cadeira de rodas; 81% referiram ter uma postura no andar e transferência normal/estar acamado/em cadeira de rodas; e 91,1% acreditavam estar conscientes das suas capacidades mentais. Relativamente ao item “terapia intravenosa” a totalidade dos idosos responderam não efetuar, uma vez que é uma via de administração medicamentosa pouco usada em contexto domiciliário (tabela 21).

Tabela 21 - Distribuição das pessoas idosas segundo os domínios da Escala de Morse (n=369)

Domínios da Escala de Morse	Respostas possíveis	ni	fi(%)
Historial de quedas nos últimos três meses	Não	285	77,2
	Sim	84	22,8
Diagnóstico(s) secundário(s)	Não	89	24,1
	Sim	280	75,9
Ajuda para caminhar	Nenhuma/necessita de ajuda/acamado/cadeira de rodas	309	83,7
	Muletas/canadianas/bengala/andarilho	57	15,4
	Apoia-se no mobiliário para andar	3	0,8
Terapia intravenosa	Não	369	100
	Sim	0	0
Postura no andar e na transferência	Normal/acamado/imóvel	299	81,0
	Debilidado	49	13,3
	Dependente de ajuda	21	5,7
Estado mental	Consciente das suas capacidades	336	91,1
	Esquece-se das suas limitações	33	8,9

Quando observamos os valores de cada domínio para os idosos sem risco de queda, pode constatar-se que nenhum teve historial de queda nos últimos 3 meses; na sua maioria (69,8%) apresentaram diagnóstico secundário; quase na sua totalidade (99,6%) não necessitaram de nenhuma ajuda/necessita de ajuda/acamado/cadeira de rodas; prevaleciam a postura no andar e na transferência normal/acamado/imóvel (97,9%) e um estado mental de plena consciência das suas capacidades (97,5%) (tabela 22).

Por sua vez, os idosos com risco de queda, apesar de na sua maioria (53,5%) ter assumido não necessitar de nenhuma ajuda/necessita de ajuda/acamado/cadeira de rodas, apresentavam um valor no referido item muito inferior, comparativamente aos idosos sem risco de queda, observando-se também maiores percentagens que os anteriores relativamente ao domínio da postura ao andar e na transferência debilitada (37%) e no domínio dependente de ajuda (14,2%). Quanto ao estado mental 78,7% admitiram ter consciência das suas capacidades, valor esse inferior ao referido pelos idosos sem risco de queda (tabela 23).

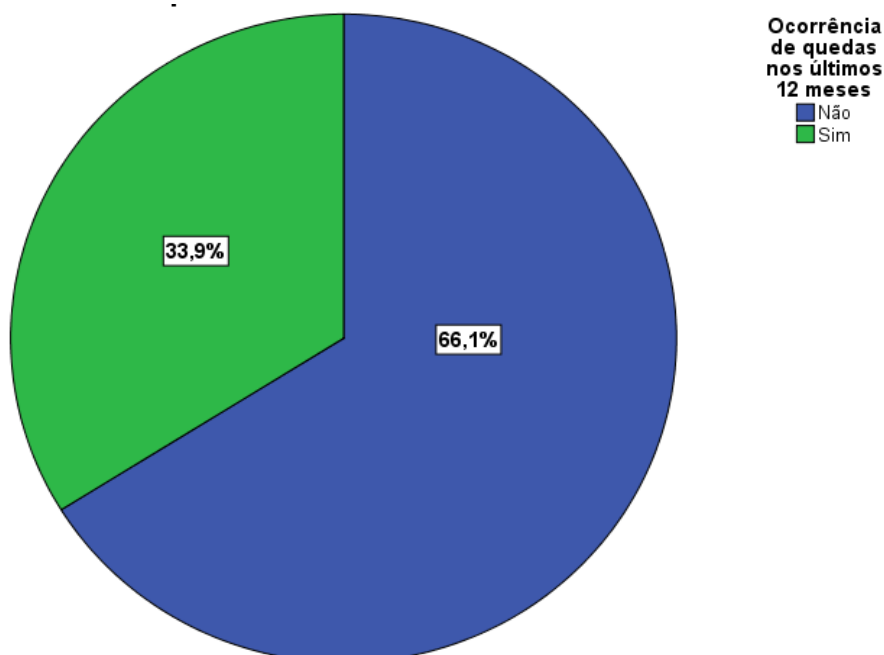
Tabela 22 - Distribuição das pessoas idosas SEM RISCO / COM RISCO de queda segundo domínios da Escala de Morse

Domínios da Escala de Morse	Respostas possíveis	SEM RISCO (n=242)		COM RISCO (n=127)	
		ni	fi(%)	ni	fi(%)
Historial de quedas nos últimos três meses	Não	242	84,9	43	33,9
	Sim	0	0,0	84	66,1
Diagnóstico(s) secundário(s)	Não	73	30,2	16	12,6
	Sim	169	69,8	111	87,4
Ajuda para caminhar	Nenhuma/necessita de ajuda/acamado/cadeira de rodas	241	99,6	68	53,5
	Muletas/canadianas/bengala/andarilho	1	0,4	56	44,1
	Apoia-se no mobiliário para andar	0	0,0	3	2,4
Terapia intravenosa	Não	242	100	127	100
	Sim	0	0	0	0
Postura no andar e na transferência	Normal/acamado/imóvel	237	97,9	62	48,8
	Debilitado	2	0,8	47	37,0
	Dependente de ajuda	3	1,2	18	14,2
Estado mental	Consciente das suas capacidades	236	97,5	100	78,7
	Esquece-se das suas limitações	6	2,5	27	21,3

5.3. Ocorrência de quedas

Relativamente à **ocorrência de quedas** na população idosa estudada, validou-se que 66,1% referiram não ter vivenciado qualquer episódio de queda no último ano, contrariamente a 33,9% (125) dos indivíduos, que admitiram ter caído, pelo menos uma vez, nos 12 últimos meses (gráfico 6).

Gráfico 6 - Distribuição de pessoas idosas segundo a ocorrência de quedas (n=369)



Quando analisada a variável contínua correspondente ao “número de quedas ocorridas nos últimos 12 meses” nos idosos que afirmaram ter caído, averiguou-se que o valor mínimo atingido por essa variável foi 1 e o máximo foi 12 quedas. A média foi 1,83 (DP=1,44) quedas, a moda foi 1 e a mediana 1,00. Também foi possível observar que dos 125 inquiridos que admitiram ter caído, o total de quedas vivenciadas foi 212.

Para além do referido, importa salientar que 43,2% dos inquiridos vivenciaram duas ou mais quedas e ocorreram 54 situações de quedas recorrentes (2 ou mais quedas).

Tabela 23 – Distribuição de pessoas idosas segundo a ocorrência de uma única queda ou de quedas recorrentes (n=125)

Ingestão de medicação diária	ni	fi(%)
1 queda	71	56,8
≥ 2 quedas	54	43,2

5.4. Características das quedas

Para efetuar a caracterização das quedas vivenciadas pelos idosos inquiridos, foram utilizados os dados obtidos com a aplicação do “*Questionário de saúde e identificação de fatores de risco de queda para a população idosa portuguesa*”.

No que diz respeito ao **local da queda**, constatou-se que, da totalidade dos indivíduos que caíram nos últimos 12 meses, 58,4% referiram que a queda ocorreu dentro de casa contrariamente a 41,6% que referiram ter caído fora de casa no exterior (tabela 24).

Tabela 24 – Distribuição de pessoas idosas segundo o local da queda (n=125)

Local da queda	ni	fi(%)
Dentro de casa	73	58,4
À entrada de casa ou no quintal	21	16,8
Fora de casa no exterior	29	23,2
Fora de casa num espaço fechado	2	1,6

Como **motivo da queda** verificou-se que: 33,6% mencionaram ter escorregado; 32,8% responderam ter tropeçado; 13,6% verbalizaram ter sentido fraqueza nas pernas; 8,0% atribuíram a queda à presença de tonturas e 5,6% disseram que perderam os sentidos (tabela 25). Relativamente às pessoas que responderam que existiram outros motivos, estes são: ocorrência de Acidente Vascular Cerebral (AVC) (12,5%), deformação na anca (12,5%), desequilíbrio (12,5%), presença de “hérnias na coluna” (12,5%) e sonolência (12,5%). No entanto, 3 inquiridos (37,5%) responderam que desconheciam o motivo da queda.

Tabela 25 - Distribuição de pessoas idosas segundo o motivo de queda (n=125)

Motivo de queda	ni	fi(%)
Escorreguei	42	33,6
Tropecei	41	32,8
Perdi os sentidos	7	5,6
Tive uma tontura	10	8,0
Senti fraqueza nas pernas	17	13,6
Outra	8	6,4

Quando questionados relativamente à **atividade no momento da queda**, aferiu-se que 50,4% estariam a caminhar, 16,0% a baixar e levantar, 8,8% a realizar outras atividades, apresentando as restantes atividades percentagens inferiores (tabela 26). Os inquiridos que responderam que se encontravam a realizar outras atividades no momento da queda, referiram que estavam: sentados (18,2%), a tomar banho (18,2%), em cima de um muro (9,1%), a estender roupa (9,1%), a levantar-se da cama (9,1%), a limpar a gaiola dos pássaros (9,1%), a limpar o chão (9,1%) e a subir a uma árvore (9,1%). Apenas um inquirido “não sabe” (9,1%) o que estava a fazer no momento da queda.

Tabela 26 - Distribuição de pessoas idosas segundo a atividade realizada no momento da queda (n=125)

Atividades realizadas no momento da queda	ni	fi(%)
Caminhar	63	50,4
Caminhar a descer	7	5,6
Subir escadas	8	6,4
Descer escadas	6	4,8
Baixar ou levantar	20	16,0
Ultrapassar obstáculos (ex.: passeio)	10	8,0
Outra	11	8,8

No que diz respeito ao **tempo que esteve impossibilitado de realizar as atividades do dia-a-dia**, observaram-se os seguintes resultados: o valor mínimo de dias é 0 e o máximo é 90; a média é 5,71 (DP=15,33) dias; a moda e mediana é 0. Após a recodificação da variável em 3 categorias (0 dias, 1-7 dias e 8 ou mais dias) verificou-se que 63,7% não estiveram impossibilitados de realizar as atividades diárias nenhum dia; 20,8% estiveram impossibilitados de 1-7 dias; 15,2% estiveram 8 ou mais dias e 0,3% não respondeu (tabela 27).

Tabela 27- Distribuição de pessoas idosas segundo o mínimo de dias que estiveram impossibilitados de realizar as atividades do dia-a-dia (n=125)

Tempo mínimo (em dias) impossibilitado de realizar as atividades do dia-a-dia	ni	fi(%)
0	79	63,7
1-7	26	20,8
8 ou +	19	15,2
Não responde	1	0,3

Quanto à **ocorrência de lesão** resultante do episódio de queda, apurou-se que 53,6% dos idosos assumiram ter sofrido alguma lesão (tabela 28).

Tabela 28 – Distribuição de pessoas idosas segundo a ocorrência de lesão resultante da queda (n=125)

Ocorrência de lesão resultante da queda	ni	fi(%)
Não	58	46,4
Sim	67	53,6

À questão “Que **tipo de lesão** resultou da queda?”, os idosos responderam de forma livre, sendo que os resultados obtidos foram agrupados em 7 grupos (tabela 29), concluindo-se que os tipos de lesão mais predominantes são: a ferida traumática (37,3%), a fratura (23,9%) e a equimose/hematoma (19,4%).

Tabela 29 – Distribuição de pessoas idosas segundo o tipo de lesão resultante da queda (n=67)

Tipo de lesão resultante da queda	ni	fi(%)
Equimose/hematoma	13	19,4
Ferida traumática	25	37,3
Fratura	16	23,9
Luxação/entorse	2	3,0
TCE	1	1,5
Edema	4	6,0
Dor	6	9,0

Os **locais de ocorrência de fratura** mais prevalentes, referidos pelos idosos que sofreram esse tipo de lesão, são os membros superiores (43,8%) (tabela 30).

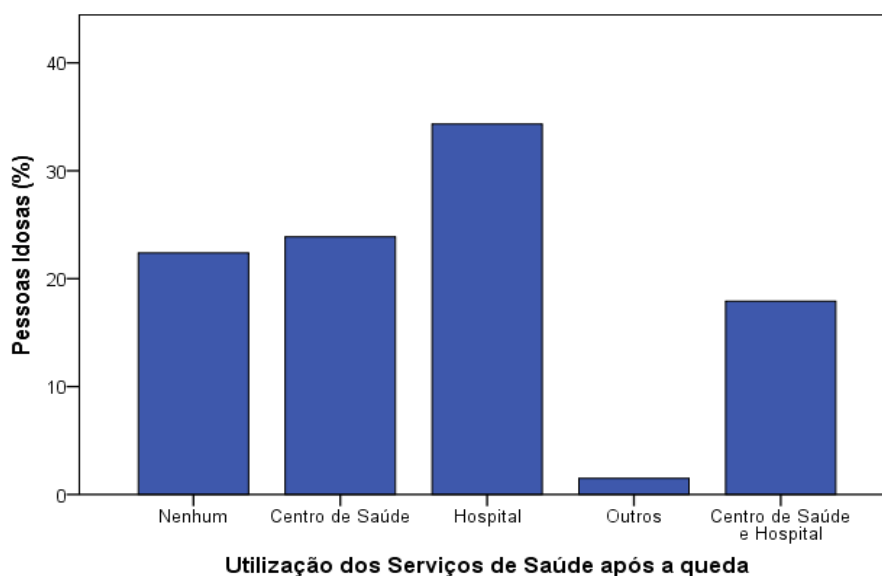
Tabela 30 – Distribuição de pessoas idosas que sofreram fratura segundo o seu local de ocorrência (n=16)

Local de ocorrência de fratura	ni	fi(%)
Membros superiores	7	43,8
Membros inferiores	4	25,0
Tronco	4	25,0
Cabeça	1	6,3

5.5. Utilização de serviços de saúde após a queda

Dos idosos inquiridos que sofreram algum tipo de lesão resultante de queda, assumiram ter recorrido aos **SS** 77,6%, dos quais 34,3% foram ao hospital, 23,9% ao CS, 17,9% recorreram ao CS e ao hospital e 1,5 % recorreram a outros SS (gráfico 7).

Gráfico 7 - Distribuição da utilização de serviços de saúde após a queda (n=67)



5.6. Associação entre o risco de queda e a idade

Na análise da relação entre o risco de queda e a idade e para a escolha correta da tipologia de teste estatístico a aplicar, previamente calculou-se a normalidade de distribuição entre a variável contínua do “risco de queda” e da variável “idade” recodificada em duas categorias (idosos de 65 a 74 anos e idosos com idade \geq a 75 anos), utilizando os testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro Wilk.

Assim foi possível observar que não se cumpriam os pressupostos de normalidade de distribuição para as variáveis em estudo, tendo-se decidido aplicar a correlação de Spearman, para avaliar a associação entre as duas variáveis.

Calculou-se o coeficiente de correlação de Spearman, utilizando a variável contínua “idade” em vez da variável “grupo etário”. Com análise destes resultados, para além de se confirmar a existência de diferenças estatisticamente significativas moderada (sig.=0,000; $p=0.322$) analisou-se que o valor do **risco de queda aumentou com a idade** (tabela 31), sendo aceite a HIPÓTESE 1 que associa o risco de queda à idade das pessoas.

Tabela 31 – Análise estatística da associação entre o risco de queda e a idade (n=369)

Correlação de Spearman	<i>p</i>	Sig.
Risco de queda e Idade	0.322	0,000

5.7. Relação entre o risco de queda e o sexo

Para estudar a relação entre o risco de queda e o sexo, primeiramente avaliou-se a normalidade de distribuição entre a variável contínua do risco de queda e da variável nominal sexo, sendo que os resultados demonstraram que as variáveis não apresentam normalidade de distribuição.

Assim sendo, optou-se pela escolha de um teste não paramétrico, aplicando-se o teste U de Mann-Whitney, também designado por Wilcoxon-Mann-Whitney, na variável contínua “risco de queda” e na variável nominal “sexo”, obtendo-se um U de Mann-Whitney de 15913,500 e um nível de significância 0,589, que demonstrou a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e feminino (tabela 32). Esse facto também pode ser comprovado com os valores aproximados das ordenações médias no sexo masculino e feminino (181,59 vs. 187,34). De acordo com os resultados obtidos, rejeitou-se a HIPÓTESE 2 que relaciona o risco de queda ao sexo das pessoas.

Tabela 32 – Análise estatística da relação entre o risco de queda e o sexo (n=369)

Teste Mann-Whitney	Sexo Masculino (150) ordenações médias	Sexo Feminino (219) ordenações médias	U de Mann-Whitney	Sig.
Risco de queda e sexo	181,59	187,34	15913,500	0,589

5.8. Associação entre o risco de queda e a dependência nas ABVD's

Para analisar a relação estatística entre o risco de queda e a dependência nas ABVD's mensurada através do índice de Barthel utilizou-se o teste de correlação de Spearman e constatou-se que o valor de sig. (0,000) é inferior a 0,05 (tabela 33), logo é rejeitada a hipótese nula, confirmando-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o risco de queda e o nível de dependência para as ABVD's.

Com a análise do coeficiente de correlação, concluiu-se que existe uma correlação moderada e negativa, indicativa de que os idosos mais independentes apresentam um risco de cair significativamente menor ($p < 0,000$). Isso verificou-se porque a variável risco de queda baseia-se na Escala de Morse, onde o valor total do risco de queda aumenta à medida que aumenta o score global da escala, contrariamente ao Índice de Barthel, cujo valor final aumenta quanto mais independente for o idoso, ou seja, quanto menor a dependência do idoso. Assim sendo, conclui-se que **o risco de queda aumenta com a dependência da pessoa idosa**, aceitando-se a HIPÓTESE 3, que associa o risco de queda à dependência dos idosos.

Tabela 33 – Análise estatística da associação entre o risco de queda e a dependência dos idosos (n=369)

Correlação de Spearman	<i>p</i>	Sig.
Risco de queda e Dependência	-0.471	0,000

CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Seguidamente efetua-se a análise e discussão dos resultados obtidos com o presente estudo, com o intuito de dar resposta aos objetivos, questões de investigação e hipóteses de estudo. Para isso, segue-se o esquema de apresentação do capítulo anterior, iniciando-se com a análise relativa à caracterização da amostra, seguindo-se a análise das características do estado de saúde dos inquiridos, da proporção de idosos que sofreram quedas nos últimos 12 meses, da proporção de idosos com quedas recorrentes, das características das quedas e da necessidade da utilização dos SS após a queda. Por último, apresenta-se a discussão dos resultados das associações estatísticas estudadas.

A amostra em estudo foi constituída por um total de 369 indivíduos designados como “idosos”, tendo sido calculada de forma proporcional por UF. A recolha de dados decorreu no 1º trimestre de 2018, de acordo a disponibilidade temporal da investigadora.

Através a análise **sociodemográfica**, verificou-se que a amostra é composta por indivíduos com idades compreendidas entre 65 e 96 anos de idade, com uma maior participação de indivíduos do sexo feminino (59,3%) e com o predomínio dos residentes na União de Freguesias de Santa Maria Maior, Monserrate e Meadela (45%).

Para além disso, observou-se que prevaleceram os inquiridos pertencentes ao grupo etário dos mais idosos (com idades \geq a 75 anos) com 64,5%, sendo que o grupo etário dos idosos de 65 a 74 anos apresentou uma percentagem de 35,5%. Os valores enunciados comprovam que, tal como já foi referido anteriormente, o envelhecimento da população é um fenómeno a nível mundial com tendência crescente, e o concelho de Viana do Castelo não é exceção.

O presente estudo teve como principais objetivos avaliar o risco de queda nos idosos pertencentes ao concelho de Viana do Castelo e identificar alguns dos seus fatores de risco de queda.

Para analisar o primeiro objetivo geral estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos: descrever as características do estado de saúde; determinar a proporção de idosos que sofreram queda nos últimos 12 meses; determinar a proporção de idosos com quedas recorrentes; descrever as características da queda e determinar a proporção de idosos que, após a queda, tiveram necessidade de recorrer aos cuidados de saúde primários ou hospitalares.

Relativamente ao segundo objetivo geral, foram especificados objetivos que pretendem avaliar as relações entre o risco de queda e os seguintes fatores: idade, sexo e dependência.

Para caracterização do **estado atual de saúde** e de forma a dar resposta ao primeiro objetivo específico, foram utilizados os dados obtidos através do questionário

“Questionário de saúde e identificação de fatores de risco de queda para a população idosa”, onde se incluíram os resultados da aplicação do Índice de Barthel e da Escala de Morse, uma vez que também são excelentes indicadores do estado de saúde dos indivíduos. Com a aplicação do referido questionário foi possível concluir que os indivíduos percebem a sua saúde, **saúde geral, visão e audição** como sendo “Razoável”, no entanto apresentam valores elevados para as respostas “má” e “muito má”.

Para Siqueira [et al.] 2007; Almeida [et al.] (2012) e Nascimento e Tavares (2016), a autopercepção negativa da saúde é considerada um importante preditor de queda. Por sua vez, Carneiro [et al.] (2016), conseguiram associar a autopercepção negativa da saúde ao risco de queda. A autopercepção negativa da visão, de acordo com Almeida [et al.] (2012) é um importante um fator de risco de queda e a auto percepção negativa da audição é abordada por Carmo (2014), também como preditor de queda.

Constatou-se também que 20,3% dos inquiridos realizaram pelo menos uma **intervenção cirúrgica** no último ano, verificando-se com maior ocorrência a cirurgia oftalmológica (7%).

Relativamente à **autonomia para as AVD's** verificou-se que, uma percentagem elevada de indivíduos (82,7%), confirmaram essa condição. Antes, D'Orsi, e Beneditti (2013) sugerem que, para que se possa preservar essa funcionalidade nos idosos e manter a sua qualidade de vida ao longo dos anos, torna-se fundamental uma intervenção individual de acordo com as necessidades detetadas. No mesmo sentido Rodrigues, Barbeito e Junior (2016) enaltecem a importância de intervir na autonomia e no isolamento social, orientando as pessoas para os cuidados a ter no seu dia-a-dia.

Quanto à **utilização de auxiliar de marcha** verificou-se que 20,1% dos inquiridos assumiram utilizar dispositivos auxiliares de marcha. É possível efetuar uma comparação com a investigação realizada por Prior (2015) em que o resultado foi de 15,3% para o uso de auxiliar de marcha e Carneiro [et al.] (2016) que concluíram que 13,5% dos seus inquiridos usavam dispositivos para ajudar na deambulação, sendo estas ordens de grandeza inferiores à obtida neste trabalho.

Para além do mencionado importa referir outros autores (Cruz [et al.] (2011), Rodrigues, Fraga e Barros (2014) e Sousa [et al.] (2016)), nos seus trabalhos de investigação enfatizaram a necessidade da utilização de dispositivos de auxílio à locomoção, considerando-o como um fator importante para a prevenir a queda, sendo que Cruz [et al.] (2011) conseguiu associar estatisticamente o uso de auxiliar de marcha à ocorrência da queda.

Através de toda a análise efetuada é possível também referir que não se trata apenas do uso de um auxiliar de marcha, mas de um correto uso, onde se deve ter em conta todas as condições de segurança da referida utilização, como é o caso do estado de conservação do dispositivo, bem como as condições clínicas do utilizador. Atendendo a esses preceitos, o uso de auxiliar de marcha traduz-se numa preciosa ajuda para a deambulação e num importante fator de prevenção de queda.

No que diz respeito à **medicação crónica**, 97% dos inquiridos referiram tomar medicamentos diariamente. Outros estudos, já tinham anteriormente apresentado valores muito elevados para a tomada medicação diária por parte dos idosos (como é o caso de Abreu [et al.] (2015) com 95,2% dos inquiridos a tomarem medicação diariamente e de Correia (2014) com 96,5%).

Para a amostra em estudo, foi possível aferir que 47,2% dos indivíduos se encontravam “*polimedicados*”. Esta condição de saúde é vista por muitos como investigadores como propiciador à ocorrência de quedas: Siqueira [et al.] (2007), Wyndham (2010), Gomes (2015), Saccomano e Ferrara (2015), Nascimento e Tavares (2016) e Sousa [et al.] (2016), no entanto nos referidos estudos o ponto de corte para a polimedicação são quatro comprimidos por dia. Correia (2014) e Rodrigues, Fraga e Barros (2014) estabeleceram uma associação estatisticamente significativa entre a polimedicação e as quedas, tendo utilizado o ponto de corte de 5 ou mais medicamentos ingeridos por dia.

No que se refere à medicação do foro psíquico 20,1% dos inquiridos afirmou ingerir, não tendo sido possível comparar com outros estudos, no entanto sabe-se que Gama e Conesa (2008), Maciel (2010), Wyndham (2010), Palma (2012), Gomes (2015), Saccomano e Ferrara (2015) e Sousa [et al.] (2016) consideraram-na um importante fator de risco de queda.

De acordo com a literatura o **medo de cair** foi frequentemente assumido pelos inquiridos, (Carneiro [et al.], 2016 com 67,9%; Falsarella, Gasparotto e Coimbra, 2014 com 73%), tal como neste estudo onde 68% referiu ter medo. Em alguns estudos esse estado emocional, surgiu sendo considerado um preditor de queda (Sousa [et al.], 2016), enquanto noutros foi apresentado como sendo uma consequência da mesma (Lima [et al.], 2013; Barbosa [et al.], 2014; Nascimento e Tavares, 2016 e Casanovas, 2015). Também existem os que enfatizaram a importância de incluir o medo de cair na avaliação do risco de queda (Carmo, 2014).

Na população em estudo, observou-se que cerca de um quarto dos idosos (25,2%) apresentou algum tipo de **dependência para as AVD's**. Esse resultado é corroborado com dados estatísticos do INE (2017), para o concelho de Viana do Castelo, onde se

verifica um acentuado crescimento do envelhecimento demográfico, com um índice de envelhecimento por local de residência no concelho de Viana do Castelo em 2017 de 180,5 e um índice de dependência por local de residência de 34,2. O crescente aumento do índice de dependência de idosos a nível nacional e o índice de dependência por local de residência no concelho de Viana do Castelo superior ao índice nacional reforçam os resultados elevados referentes à dependência apresentada neste estudo.

No que diz respeito aos resultados da dependência nas investigações estas apresentaram elevadas percentagens de idosos independentes (ex.: Cruz [et al.], 2011 e Espada, 2012) tal como o estudo atual, no entanto foram utilizadas escalas diferentes para mensurar. Salienta-se a investigação de Talarska [et al.] (2017) que também aplicou o índice de Barthel e chegou exatamente às percentagens apresentadas pela amostra em estudo (cerca de 75% de idosos independentes e 25% de idosos dependentes).

Na **avaliação do risco de queda** através da escala de Morse obtiveram-se os seguintes resultados, 34,5%, dos idosos apresentam risco de queda, sendo que 24,7% apresentam “baixo risco” e 9,8% “alto risco. Estes resultados dão resposta ao primeiro objetivo geral deste trabalho.

Comparando os resultados deste estudo, relativamente à percentagem de idosos com risco de queda com os estudos que foram apresentados no enquadramento teórico, todos eles em contexto comunitário, e cuja escala aplicada foi a escala de Morse, constatou-se que Cabrita (2012) e Palma (2012) apresentaram valores mais elevados (respetivamente 86,8% e 77,4%). No entanto, salienta-se que, ambos os estudos se referem a idosos pertencentes à Equipe de Cuidados Comunitários Integrados (ECCI's), atribuindo-se a esse facto as diferenças de valores. Confrontando os resultados de cada domínio da escala de Morse com os resultados de Cabrita (2012) e Palma (2012), concluiu-se que ambos os investigadores obtiveram resultados semelhantes aos obtidos com o presente estudo.

Analisando o resultado do risco de queda concluiu-se que o risco de queda apresenta um valor significativo no seio da amostra, não esquecendo que determinados utentes excluídos (acamados, portadores de doença mental, com alterações cognitivas, transtornos graves de comunicação) são possivelmente classificados como alto risco, podendo o valor final ter sido superior. O elevado risco de queda alerta para a importância que a prevenção da queda deve ter para os profissionais de saúde na sua prática clínica, ao longo do ciclo de vida.

Analisando o objetivo específico cujo intuito é determinar a proporção de idosos que sofreram **quedas nos últimos 12 meses**, concluiu-se que 33,9% dos indivíduos

admitiram ter caído e desses o número de quedas variou entre 1 e o 12, com uma média de 1,83 quedas por indivíduo e um total de quedas de 212.

A WHO (2007) estima que anualmente a queda ocorra em mais de 28% das pessoas idosas de todo o mundo e Falsarella, Gasparotto e Coimbra, 2014 referem que 1/3 dos idosos da comunidade com mais de 65 anos caem anualmente. Podendo constatar-se que esses valores são muito aproximados ao obtido com esta investigação.

A queda é um acontecimento que tem vindo a aumentar em todo o mundo e, por isso, são muitos os estudos que tratam essa temática, comprovando uma elevada ocorrência de quedas nos idosos, com valores estatísticos muito significativos na ordem do 30-65% para a ocorrência de queda em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, durante o período de um ano (Siqueira [et al.] (2007) - 34,8%; Palma (2012) - 41,9%; Silva (2012) – 46%; Gonçalves (2013) - 64,6% e Cunha e Lourenço (2014) - 30-40% e Falsarella, Gasparotto e Coimbra (2014) - 33%. São ainda apresentados valores de queda mais elevados por Prior (2015) com uma percentagem de 75% e de Rosa (2013) 93% respetivamente, no entanto esse resultado reflete apenas um período temporal de 6 meses.

O estudo de Prior (2015) é muito semelhante com o presente estudo, pretendia estudar os idosos do concelho de Proença a Nova, tendo sido realizado também num CS num período pré-definido pelo investigador e o estudo de Rosa (2013) ocorreu de igual forma mas com idosos que frequentaram uma unidade de fisioterapia, daí o valor ser ainda mais alto, possivelmente deve-se às limitações motoras apresentadas por esses indivíduos e que levaram a realizar fisioterapia. Assim sendo, conclui-se que a literatura corrobora com os elevados resultados obtidos (33,9%) para a ocorrência de queda no corrente estudo.

Para além da importância de analisar a ocorrência de queda numa determinada amostra, importa averiguar a recorrência desse episódio, ou seja, quando este ocorre duas ou mais vezes. Esses casos são considerados ainda mais prioritários para uma intervenção por parte de um profissional de saúde.

Neste estudo dos 125 idosos da amostra que caíram 54 vivenciaram esse episódio duas ou mais vezes, o que corresponde a 43,2%. Carmo (2014) na sua investigação observou valores ainda mais significativos 69,1% e Nascimento e Tavares (2016) obtiveram 55,4% de situações de **quedas recorrentes**. O facto dos estudos anteriores apresentarem valores de recorrência de quedas superiores para idosos de contextos semelhantes, poderá demonstrar algum investimento que tem vindo a ser feito nesta problemática por alguns profissionais de saúde, onde se incluem os enfermeiros com um papel

preponderante. Também Falsarella, Gasparotto e Coimbra (2014), ressaltam-se a importância da implementação de estratégias preventivas nos idosos vulneráveis, dando relevância aos idosos com quedas recorrentes.

Dando resposta ao quarto objetivo específico deste estudo que consiste em descrever as **características da queda**, procede-se à análise das mesmas quanto ao local, ao motivo, à atividade realizada no momento da queda, ao mínimo de tempo impossibilitado de realizar atividades diárias, à ocorrência de lesão, ao tipo de lesão, à ocorrência de fratura e ao local de ocorrência de fratura, recorrendo aos resultados obtidos com o “Questionário de saúde e identificação de fatores de risco de queda para a população idosa”.

Foi possível constatar que as quedas ocorreram maioritariamente dentro de casa (58,4%). Analisando as investigações anteriores, no que concerne ao **local da queda**, verificou-se que, quase na totalidade estes apresentam valores mais elevados para a ocorrência de queda, no domicílio quando comparado com o exterior (Abreu [et al.], 2015; Barbosa [et al.], 2014; Carmo, 2014; Cruz [et al.], 2011, Falsarella, Gasparotto e Coimbra, 2014; Palma, 2012, Prior, 2015; Rodrigues, Fraga e Barros, 2014; Rosa, 2013 e Vieira, 2016), tal como se confirma neste estudo. Através dos dados do Instituto Dr. Ricardo Jorge também verificamos que o local mais evidente é o domicílio (Contreira e Rodrigues, 2014), no entanto esse dado engloba todas as faixas etárias.

Os **motivos de queda** mais referenciados foram o “tropeção” (32,8%) e o “escorregão” (33,6%), corroborando os resultados obtidos nos trabalhos literários do enquadramento teórico (Antes, D’Orsi e Beneditti, 2013; Barbosa [et al.], 2014; Carmo, 2014; Carneiro [et al.], 2016; Falsarella, Gasparotto e Coimbra, 2014 e Silva, 2012).

A **atividade no momento da queda** com maior número de respostas foi caminhar (50,4%). É escassa a informação obtida através da literatura relativamente à atividade no momento da queda, apenas Barbosa [et al.] (2014) e Oliveira [et al.] (2014) referiram que a maioria dos seus inquiridos se encontrava a deambular. Muir [et al.] (2010) concluiu que as atividades mais comuns realizadas antes da queda foram caminhar e usar escadas. Importa também referir que face à questão sobre a atividade no momento da queda, foi afirmado por um inquirido que se encontrava a subir a um muro e outro referiu que estava a subir a uma árvore, comportamento esses que revelam uma falta de consciencialização para o risco de queda e ausência de precauções de segurança, sendo indicador da extrema necessidade de uma intervenção por parte de um profissional com vista a prevenção da recorrência de quedas.

O **mínimo de tempo impossibilitado de realizar as AVD's** dos indivíduos que referiram necessitar de tempo de recuperação (36,3%) em média foi de 5,71 dias. Neste item não foi possível efetuar comparações de dados, uma vez que não foi abordada na bibliografia qualquer estudo que analisasse essa variável. Apenas se sabe que na investigação de Rodrigues, Barbeito e Junior (2016) 57,4% dos inquiridos tiveram as suas atividades limitadas durante 3 dias ou mais.

A maioria dos inquiridos (53,6%) assumiu ter sofrido alguma **lesão**, sendo os tipos de lesão mais predominantes neste estudo: a ferida traumática (37,3%), a fratura (23,9%) e a equimose/hematoma (19,4%).

De acordo com a literatura a maioria dos episódios de queda resultaram em consequências/lesões para o indivíduo (Motta, 2010; Casanovas, 2015 e Antes, D'Orsi e Beneditti, 2013), com impacto na família, na comunidade e na sociedade (WHO, 2007). Como consequência major, a queda pode resultar na morte do indivíduo, sendo considerada *“a sexta causa de morte em idosos (...) e responsável por 70% das mortes acidentais em pessoas com 75 anos e mais anos”*. Para além disso, *“o risco de morte em um ano em pacientes internados devido às quedas é de 15 a 50%”* (Maciel, 2010, p.555).

Para o presente estudo, a lesão mais referenciada foi a “ferida traumática”; já para Antes, D'Orsi e Beneditti (2013) foram as escoriações, tal como Abreu [et al.] (2015). Para Antes, D'Orsi e Beneditti (2013) obteve os referidos resultados foram obtidos através de um estudo transversal dirigido a 1705 idosos pertencentes à comunidade de Florianópolis, por sua vez Abreu [et al.] (2015), também em contexto comunitário realizou um estudo de coorte prospectivo com 573 idosos tendo chegado aos resultados supracitados. Analisando esses dados pode aferir-se que no estudo atual foi utilizada uma definição de lesão mais abrangente uma vez que a escoriação é considerada um tipo de ferida traumática.

Tal como já tinha sido aferido pela WHO em 2007 e por Motta em 2010, seguiram-se outros investigadores como o caso de Falsarella, Gasparotto e Coimbra (2014) e Rodrigues, Fraga e Barros (2014) que enfatizaram o declínio funcional como uma das consequências mais graves do episódio de queda. Outros estudos, apesar de fazerem referência a vários tipos de consequências físicas para o indivíduo que cai, dão especial ênfase às fraturas (Cruz [et al.], 2011; Freitas [et al.], 2011; Lima [et al.], 2013; Palma, 2012; Rosa, 2013; Silva, 2012; Siqueira [et al.], 2007). Também neste estudo as **fraturas** apresentaram uma percentagem significativa (23,9%), encontrando-se no segundo lugar de respostas relativamente ao tipo de lesão adquirida com a queda, o que comprova a fragilidade dos idosos, facilitando a ocorrência de quedas recorrentes.

Os **locais de fratura** referidos como mais frequentes, foram os membros superiores (43,8%), os membros inferiores (25,0%) e o tronco (25%). Para além dos valores estatísticos das fraturas dos idosos serem coincidentes com os valores de outros estudos quanto à elevada ocorrência, também as localizações das fraturas mencionadas pelos inquiridos, correspondem aos locais citados noutros estudos.

Para dar resposta ao objetivo que pretende determinar a proporção de idosos que, após a queda, tiveram necessidade de recorrer aos SS, observou-se que dos inquiridos que sofreram queda, 77,6% assumiram ter recorrido aos SS, dos quais 34,3% foram ao hospital, 23,9% ao CS, 17,9% recorreram ao CS e ao hospital e 1,5 % recorreram a outros SS. Quanto à bibliografia analisada sabe-se que, no estudo de Antes, Dórsi e Benediti (2013) a maioria dos inquiridos (62,2%) não recorreu a SS, contrariamente a Rodrigues, Fraga e Barros (2014) em que 71,2% dos inquiridos recorreu assistência médica.

O presente estudo apresenta como segundo objetivo geral “**Analisar fatores de risco de queda nos idosos**”, e uma vez que os fatores de risco de queda são inúmeros, foram selecionados três fatores de risco: idade, sexo e dependência para as AVD's. Nesse sentido, foi necessário efetuar a análise estatística da associação entre o risco de queda e a idade, da relação entre o risco de queda e o sexo e da associação entre o risco de queda e a dependência.

Com a avaliação da **associação entre o risco de queda e a idade das pessoas**, observou-se a existência uma associação estatisticamente significativa, sendo aceite a hipótese 1 (“O risco de queda está associado à idade das pessoas”), concluindo-se que, neste estudo, o risco de queda aumenta com a idade.

Nesta última década, foram muitas as investigações realizadas, tendo por base a temática central deste trabalho. Alguns dos investigadores abordados no enquadramento teórico, encontraram diferenças estatisticamente significativas ao associar o risco de queda à idade como é o caso de Rosa (2013), Prior (2015) e Smith (2017), permitindo-lhes concluir que quanto maior for a idade maior o risco de queda. Apenas Correia (2014), no seu estudo em três freguesias do concelho de Viana do Castelo não conseguiu estabelecer relação entre o risco de queda e a idade.

Para além dos autores acima referidos, muitos outros evidenciaram a idade como sendo um importante fator de risco de queda: Dahlgren e Whitehead (1991), Siqueira [et al.] (2007), Gama e Conesa (2008), Maciel (2010), Pinho [et al.] (2011), Almeida [et al.] (2012), Santos [et al.] (2012), Falsarella, Gasparotto e Coimbra (2014), Medeiros [et al.] (2014), Rodrigues, Fraga e Barros (2014), Casanovas (2015), Gomes R. (2015),

Saccomano e Ferrara (2015), WHO (2015), Sousa [et al.] (2016), Smith (2017) e Talarska [et al.] (2017).

Analisando a **relação entre o risco de queda e o sexo** das pessoas concluiu-se que no presente estudo, não existem diferenças estatisticamente significativas, sendo rejeitada a hipótese 2 (“O risco de queda está relacionado com sexo das pessoas”) Também, Prior (2015) não conseguiu comprovar a existência de uma relação estatística entre o risco de queda e o sexo, uma vez que a significância resultante dessa relação entre as variáveis foi superior a 0,05. No entanto, Motta (2010), Correia (2014), Nascimento e Tavares (2016) e Smith (2017) nos seus estudos conseguiram associar o risco de queda ao sexo feminino, tendo concluído que o risco de queda é superior para as mulheres.

Para além dos autores mencionados, outros que pertencem a bibliografia deste trabalho, apresentaram o sexo feminino como sendo um fator de risco de queda (Gama e Conesa, 2008; Falsarella, Gasparotto e Coimbra, 2014; Rodrigues, Fraga e Barros, 2014; Casanovas, 2015; Gomes, 2015; Saccomano e Ferrara, 2015; Santos [et al.], 2015; WHO, 2015 e Sousa [et al.], 2016).

No presente estudo, uma vez que não foi possível estabelecer uma relação estatisticamente significativa, concluiu-se que a distribuição do risco de queda é a mesma entre as categorias de sexo. Pensa-se que esse resultado, não tenha sido expressivo pelo facto dos papéis sociais e familiares quer do homem, quer da mulher se tornarem cada vez mais semelhantes, mesmos nas gerações mais antigas. Uma vez que não existem razões para existir diferenças no processo de envelhecimento do homem e da mulher e a exposição ao risco através dos comportamentos está tendencialmente a tornar-se idêntica, não deverão existir grandes diferenças do risco de queda em relação ao sexo.

Analisando estatisticamente a relação entre o risco de queda e a dependência, comprovou-se que existe associação entre o risco de queda à dependência dos idosos, sendo aceite a hipótese 3 (“O risco de queda está associado à dependência dos idosos”) e verificando-se que **o risco de queda aumenta com a dependência da pessoa idosa**.

A investigação denominada “Fatores de risco associado às quedas em idosos” realizada por Vieira [et al.] (2016) permitiu constatar uma associação significativa entre as variáveis ocorrência de queda e a dependência, sendo esta última avaliada através do índice de Barthel, tal como no corrente estudo. Ficou demonstrando que as pessoas que apresentavam maior dependência para as AVD’s tinham maior risco de vivenciar uma queda em aproximadamente 80% e os idosos dependentes quando comparados com os independentes tinham 3,5 vezes maior probabilidade de cair.

Também Talarska [et al.], (2017) recorrendo à utilização do índice de Barthel, constatou uma associação estatística que lhe permitiu concluir que o risco de queda aumenta em pessoas mais dependentes nas AVD's.

Para além dos estudos de Vieira [et al.] (2016) e Talarska [et al.], (2017), cujos resultados estatísticos relativos à relação entre a dependência e o risco cujos resultados corroboram os valores do presente estudo, não se encontrou mais bibliografia, que relacionasse a queda com a dependência do idoso e que simultaneamente a avaliação fosse realizada pelo índice de Barthel num contexto de intervenção primária.

Para além dos autores que estudaram os efeitos da dependência para as AVD's, outros há que abordaram essa situação clínica considerando-a um importante fator de risco de queda (Gama e Conesa, 2008; Falsarella, Gasparotto e Coimbra, 2014; Casanovas, 2015; WHO, 2015 e Nascimento e Tavares, 2016)

Acredita-se que o risco de queda aumenta com o aumento da dependência do idoso, devido às alterações físicas, resultantes do envelhecimento e associadas, muitas vezes, a doenças/problemas de saúde e a alterações psicossociais devido às mudanças de papéis no seio familiar e na sociedade. Uma vez as pessoas vão perdendo a sua capacidade funcional, ficam mais expostos aos fatores de risco de queda e consequentemente da sua ocorrência.

6.1. Limitações do estudo

Ao longo da realização de um estudo de investigação vão surgindo limitações, as quais devem ser identificadas e analisadas para que em próximos estudos, possam ser evitadas. Este estudo realizou-se durante um espaço temporal de um ano e meio desde a sua génese até à entrega para posterior defesa. Tal como era previsível, ao longo desse tempo foram surgindo algumas limitações, sendo elas: a seleção da técnica amostral mais adequada à disponibilidade do investigador e a impossibilidade da generalização de resultados uma vez que se optou por um tipo de amostra não-probabilística; a escolha das variáveis a estudar (fatores de risco), dado que não seria viável estudar todas. Também se considera uma limitação o facto de não se ter incluído os utentes totalmente dependentes incapazes de se deslocar ao CS, uma vez que eles pertencem à população em estudo.

Outra limitação foi o facto de não ter sido utilizada uma escala para avaliar as alterações cognitivas, sendo os utentes incluídos ou excluídos, de acordo com a informação

fornecida pelo profissional de saúde que encaminhou o idoso, para a realização do questionário.

Uma vez que o presente estudo se refere a quedas ocorridas no período de 12 meses anteriores, poderiam ter surgido dificuldades, por parte dos inquiridos em recordar exatamente como foi vivido o episódio de queda.

Apesar destes constrangimentos, considera-se que os resultados deste estudo serão imprescindíveis a fim de despertar para a importância desta problemática na população do concelho de Viana do Castelo, considerando-se fundamental a monitorização do risco de queda em todos os utentes com mais de 65 anos de forma a realizar ensinamentos individualizados ao utente e família com o intuito de prevenir a queda. Para além disso, e como a queda do idoso é considerado um problema de cariz comunitário, torna-se necessário a elaboração de projetos de intervenção sobre prevenção de quedas e alicerçados no planeamento em saúde que possam capacitar grupos e a comunidade em geral relativamente à temática em questão.

A realização de mais estudos sobre “o risco de queda de idoso” sobre as mesmas variáveis para estabelecer possíveis comparações e sobre novas variáveis, de modo a conhecer melhor os fatores de risco de queda, para que se possa intervir com estratégias e ensinamentos direcionados para a prevenção.

É de salientar que, foi com grande satisfação que se trabalhou esta temática e que todo este processo de realização do trabalho de investigação foi muito enriquecedor quer a nível pessoal, quer a nível profissional.

CONCLUSÃO

O envelhecimento demográfico é uma realidade da nossa sociedade atual, que resulta do aumento crescente de idosos em detrimento da população ativa. Por sua vez, o envelhecimento associado ao ser humano, deve-se ao processo de deterioração do organismo com o passar dos anos, ficando mais vulnerável às doenças e à ocorrência de determinados acidentes, como é o caso das quedas.

As quedas são um problema de Saúde Pública e Comunitária muito importante, que se encontra numa fase crescente, com valores de prevalência muito significativos na sociedade, também confirmados pela evidência científica. No entanto com uma correta intervenção nos fatores de risco, muitas quedas podem ser evitadas (WHO, 2015).

As quedas têm grande impacto nos indivíduos e em quem os rodeia (família, comunidade e sociedade), sendo também responsáveis por grandes gastos em saúde. Como consequência maior pode ocorrer a morte, no entanto outras consequências físicas e psicológicas, como é exemplo a síndrome de pós-queda, podem ser muito limitantes e afetar grandemente a qualidade de vida do idoso.

Existem muitas iniciativas a nível internacional e nacional onde são trabalhadas estratégias de prevenção de quedas. Também muitos investigadores, nas últimas décadas têm estudado essa problemática, tendo resultado várias propostas de orientações para intervir na prevenção da queda.

A WHO (2007) sugere a consciencialização da importância da prevenção da queda na melhoria de avaliação dos fatores de risco e na implementação de intervenções comprovadas cientificamente e adequadas à cultura. Nesse sentido, os enfermeiros, devem basear-se em teorias de enfermagem de base comunitária, de forma a solucionar estes problemas que afetam não só o indivíduo, mas toda a comunidade.

A teoria de Leininger, *Teoria da Diversidade e do Cuidar Cultural*, baseada na promoção da saúde de base comunitária, pretende que os enfermeiros com a sua ação sustentada na evidência científica, na ética profissional e na cultura das pessoas que pretender cuidar.

O presente estudo surge com forma de contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem na prevenção das quedas nas pessoas idosas, pretendendo alertar para a importância da monitorização do risco de queda a nível individual e na implementação de projetos comunitários sobre a temática. Ao conhecer o risco de queda e os fatores de risco é possível direcionar os recursos materiais e humanos existentes e adequar as estratégias de intervenção que podem ser a nível individual ou comunitária. Neste caso específico, permitiu verificar a importância desta problemática nos idosos que frequentam

as US do CS de Viana e alertar para a necessidade de programas de intervenção comunitária nesta área específica.

Para além disso e, uma vez que as intervenções baseadas na evidência reduzem drasticamente as quedas nas pessoas que vivem na comunidade, ao estudar fatores que as influenciam podemos estabelecer prioridades de intervenção e adequar corretamente as intervenções.

Com o presente trabalho foi possível determinar o risco de queda e analisar três dos fatores de risco que influenciaram a ocorrência de quedas nos idosos inscritos no CS de Viana do Castelo. Assim sendo, e de acordo com os objetivos delineados, constatou-se que os idosos apresentavam idades compreendidas entre os 65 e 96 anos, maioritariamente mulheres e todos residentes no concelho de Viana do Castelo. Relativamente ao estado de saúde dos idosos inquiridos, a perceção atual do seu estado de saúde a nível geral, da visão e audição foi considerada razoável; 20,3% afirmaram ter realizado pelo menos uma intervenção cirúrgica; 82,7% referiram ser autónomos; 20,1% utilizaram dispositivos auxiliares de marcha; 97% tomam medicação diária, sendo que 20,1% tomam medicamentos psíquico; 68% assumiram ter medo de cair e 50,6% referiram que o medo de cair condiciona as suas AVD's. Relativamente à dependência para as AVD's apresentaram uma pontuação média 93,1, sendo que 74,8% foram considerados independentes e 25,2% tendo algum tipo de dependência. Por sua vez, o risco de queda apresentou uma pontuação média de 23,39, observando-se que 65,6% não apresentam risco e 34,4% apresentam algum tipo de risco.

Para além disso, sofreram pelo menos uma queda 33,9% das pessoas idosas, desses 77,6% recorreram aos SS. Dos idosos que caíram 43,2% voltaram a cair (sofrendo quedas recorrentes).

Relativamente aos episódios de queda, aferiu-se que estas ocorreram maioritariamente dentro de casa (58,4%), sendo referidos como principais motivos o “escorregão” (33,6%) e o “tropeção” (32,8%) e como atividade no momento da queda, na maioria dos casos, a deambulação. O tempo mínimo em que estiveram impossibilitados de realizar tarefas diárias foi em média 5,71 dias. Resultaram em lesão, 53,6% das quedas, o tipo de lesão mais mencionada foi a ferida traumática (37,3%), seguida da fratura (23,9%), sendo os locais mais prevalentes os membros superiores (43,8%).

Com a análise estatística, constatou-se uma correlação estatisticamente significativa entre o risco de queda e a idade ($p=0,322$), sendo o risco de queda mais elevado nos mais idosos; não existir uma relação entre o risco de queda e o sexo ($p=0,589$) e uma

correlação negativa entre o risco de queda e a dependência, sendo mais elevado nos idosos dependentes ($p=0,471$).

Analisando os resultados deste estudo, recomenda-se a avaliação de risco de queda aos utentes, com idade igual ou superior a 65 anos ou com limitações que justifiquem, que recorram às ES, para posterior intervenção adequada; a realização de um programa de intervenção comunitária nesta área específica e a elaboração de mais estudos sobre a queda e fatores de risco associados.

No que se refere à intervenção na prevenção de queda deve dar-se especial atenção aos idosos com que apresentam quedas recorrentes uma vez que existe grande probabilidade de voltar a vivenciar um novo episódio de queda. Pensa-se que seria de grande importância direcionar a intervenção de enfermagem para os fatores ambientais, uma vez que os idosos quer no atual estudo quer em outros estudo que o principal motivo de casa foi o tropeção, sendo o domicílio o local mais prevalente. Tornando-se fulcral a minimização dos fatores de risco ambientais no referido local.

Para futuros estudos sugere-se uma análise mais aprofundada sobre a utilização do auxiliar de marcha e o risco de queda, uma vez que neste estudo, a maioria dos idosos referiu que com a sua utilização consegue deslocar-se de forma autónoma. Seria também muito importante analisar em futuros estudos os fatores de risco de queda ambientais.

Após a sua realização foi possível concluir que Prevenção da Queda nas pessoas idosas é fundamental e deve ser encarada como sendo uma **área de intervenção prioritária**, face as necessidades existentes e baseadas no planeamento em saúde com o envolvimento dos próprios idosos, da família, dos profissionais de saúde e dos parceiros da comunidade. Desta forma, poderão ser evitadas as repercussões das quedas na qualidade de vida e saúde do idoso e na própria sociedade. Por tudo isso, considera-se que a **Prevenção de Quedas** é uma temática central para a Enfermagem de Saúde Comunitária, onde todos os enfermeiros, independentemente da sua área de intervenção podem e devem dar o seu contributo, com vista na redução da sua ocorrência.

Em suma, tratou-se de um estudo simples, mas muito agradável de se realizar e com enorme potencial para investigações futuras, podendo também servir de alerta para a realidade da ocorrência da queda nos idosos e a necessidade de realizar a avaliação do risco de queda, bem como a realização de mais estudos de investigação nesta área. Para além disso, pode incentivar ao início de projetos comunitários relativos a esta temática na área no concelho de Viana do Castelo.

BIBLIOGRAFIA:

ABREU, Débora [et al.] - Características e condições de saúde de uma coorte de idosos que sofreram queda. **Revista de enfermagem UFPE online**. [Em linha]. 9:3 (2015) 7582-89. [Consultado em 19 Out. 2017]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/7161/12044>>.

Al-AAMA, Tareef - Falls in the elderly. Spectrum and prevention. **Canadian Family Physician**. [Em linha]. 57 (2011) 771-776. [Consultado em 16 Fev. 2018]. Disponível na WWW: <
http://www.schulich.uwo.ca/geriatrics/education/common_geriatric_clinical_issues/SD%20-%20Falls%20in%20the%20Elderly.pdf>.

ALMEIDA, Sionara [et al.] - Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predispõem a quedas em idosos. **Revista de Associação Médica do Brasil**. Porto Alegre. ISSN 0104-4230. Vol. 58, nº 4 (2012), p. 427-433.

ALVES, Ana Maria Seco [et al.] – **Orientações para a elaboração e apresentação de trabalhos científicos: projetos, relatórios, monografias e dissertações**. Viana do Castelo: Escola Superior de Saúde, 2013.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY - Summary of the updated American Geriatrics Society/ British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. **Journal compilation** [Em linha]. 59 (2011) 148-157. [Consultado em 28 Dez. 2017]. Disponível na WWW: <URL: https://www.researchgate.net/publication/284697346_Summary_of_the_updated_American_Geriatrics_SocietyBritish_Geriatrics_Society_Clinical_Practice_Guideline_for_prevention_of_falls_in_older_persons_Panel_on_Prevention_of_Falls_in_Older_Persons_American>.

ÂNGELO, Catarina – **Capacitação da Pessoa Idosa na Prevenção de Acidentes Domésticos**. Santarém: Instituto Politécnico de Santarém, 2014. Relatório de Estágio.

ANTES, Danielle; D'ORSI, Eleonora; BENEDITTI, Tânia - Circunstâncias e consequências das quedas em idosos de Florianópolis. EpiFloripa Idoso 2009. **Revista Brasileira Epidemiológica**. [Em linha]. 16-2 (2013) 469-481. [Consultado 14 Jan. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n2/1415-790X-rbepid-16-02-00469.pdf>>.

ARAÚJO, Aíla [et al.] - Mortality profile from falls in the elderly. **Journal of Research Fundamental Care Online**. [Em linha]. 6:3 (2014) 863-875. [Consultado em 14 de Jan. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=103976953&lang=pt-br&site=ehost-live>>

ARAÚJO, Fátima, [et. al.]- Factores de riesgo de caídas en la población mayor en contexto comunitario: estudo transversal. In **Libro de ponencias XIX Encuentro Internacional de investigación en Cuidados**. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 2015. ISBN: 978-84-608-4592-8, p. 9-11.

ARAÚJO, Fátima [et al.] - Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa. ISSN 0870-9025. Vol. 25, nº 2 (2007), p. 59-66.

ARAÚJO, Fátima; MARTINS, Teresa - Avaliação dos cuidadores, considerações e orientações para a prática. In. MARTINS, Teresa [et al.](org) - **A pessoa dependente & o familiar cuidador**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2016. ISBN 978-989-20-7135-0, p. 113-130.

ASSOCIAÇÃO MÈDICA MUNDIAL – **Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial. Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos**. [Em linha]. Helsínquia: Associação Médica Mundial, 2013. [Consultado em 29 Jul. 2017]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.esscvp.eu/wordpress/wp-content/uploads/2015/06/Declara%C3%A7%C3%A3odeHels%C3%ADnquiadaAssocia%C3%A7%C3%A3oM%C3%A9dicaMundial.pdf>>.

AZEREDO, Zaida; MATOS, Eduarda - Grau de Dependência em Doentes que sofreram AVC **Revista Faculdade Medicina de Lisboa**. Lisboa. ISSN 0872-4059. Série III, vol. 8, nº 4 (2003), p. 199-204.

BARBOSA, Keylla [et al.] – Caracterização das quedas referidas pelos idosos. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador. ISSN 0102-5430. Vol. 28, nº 2 (2014), p. 168-175.

BASTOS, João; DUQUIA, Rodrigo – Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**. Porto Alegre. Vol. 17, nº 4 (2007), p. 229-232.

CABRAL, Manuel [et al.] - **Processos de Envelhecimento em Portugal. Usos do tempo, redes sociais e condições de vida**. Lisboa: Artes Gráfica, 2013. ISBN 978-989-8662-00-2.

CABRITA, Maria – **Promover o equilíbrio. Prevenção de quedas na pessoa idosa.** Beja: Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde, 2012. Projeto de Intervenção Comunitária.

CARMO, Isabel - **Risco de queda em idosos na comunidade: Contributo para a construção de um instrumento de avaliação.** Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014. Dissertação de mestrado.

CARNEIRO, Jair [et al.] - Quedas em idosos não institucionalizados no norte de Minas Gerais: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gereontologia.** [Em linha]. 19-4 (2016) 613-625. [Consultado em 14 Jan. 2018]. Disponível na WWW: <URL: http://www.scielo.br/pdf/rbqg/v19n4/pt_1809-9823-rbqg-19-04-00613.pdf>.

CASANOVAS, Antoni – **Incidència i conseqüències de les caigudes en les persones grans que viuen a la comunitat.** Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 2015. Tese de doutoramento.

CORREIA, Elisabete – **Saúde dos Idosos: Polifonia de Vozes.** Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, 2014. Tese de Mestrado.

COSTA-DIAS, Maria José; FERREIRA, Pedro - Escalas de avaliação de risco de quedas. **Revista de Enfermagem Referência.** Coimbra. ISSN 0874-0283. Série IV, nº 2 (2014), p. 153-161.

COSTA-DIAS, Maria José; FERREIRA, Pedro; OLIVEIRA, Alexandre - Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. **Revista de Enfermagem Referência.** Coimbra. ISSN 0874-0283. Série IV, nº 2 (2014), p. 7-17.

CONTREIRAS, Teresa e RODRIGUES, Emanuel - **Evita Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes Relatório 2009-2012.** Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2014. ISBN 978-989-8794-00-0.

CREATIVE RESEARCH SYSTEMS – **Simple Size Calculator.** [Em linha.] [Consultado em 26 jun. 2017]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.surveysystem.com/sscalc.htm> >.

CRUZ, Danielle [et al.] - Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. **Revista de Saúde Pública.** [Em linha]. 46:1 (2011) 138-146. [Consultado em 18 de Out. 2017].Disponível na WWW: <URL: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000087>>.

CUNHA, Alfredo; LOURENÇO, Roberto - Quedas em idosos: Prevalência e fatores associados. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. [Em linha]. 13:2 (2014) 21-29 [Consultado em 14 de Jan. 2018]. Disponível na WWW: <URL: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=468>.

DAHLGREN; WHITEHEAD In DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Plano Nacional de Saúde 2012-2016**. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, 2013. [Consultado em 9 de Jun. 2017]. Disponível na WWW: <URL: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdnacdn.com/files/2013/05/Versao-resumo.pdf>>.

DECRETO-LEI nº 1/2001. **DR I Série A**. 2 (2001/01/03) 14-35.

DECRETO-LEI nº 101/2006. **DR I Série A**. 109 (2006/06/06) 3856-3865.

DECRETO-LEI nº 28/2008. **DR I Série**. 38 (2008/02/22) 1182-1189.

DESPACHO nº 1400-A/2015. **DR II Série**. 28 (2015/02/10) 3882(2)-3882(10).

DIREÇÃO DE SERVIÇOS DE INFORMAÇÃO E ANÁLISE – **Portugal Idade Maior em Números – 2014**. [Em linha]. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2014. [Consultado em 11 Nov. 2016]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-idade-maior-em-numeros-2014.aspx>>.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Plano Nacional de Saúde 2012-2016**. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, 2013. [Consultado em 9 de Jun. 2017]. Disponível na WWW: <URL: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdnacdn.com/files/2013/05/Versao-resumo.pdf>>.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - **Plano Nacional de Saúde: Revisão e extensão a 2020**. [Em linha]. Ministério da Saúde, 2015. [Consultado em 5 de Jun. 2017]. Disponível na WWW: <URL: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>>.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - **Plano Nacional de Mental**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2017. ISSN 2184-1217.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016**. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde. [Consultado em 26 Dez. 2017]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes.aspx>>.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2006. ISBN 972-675-155-1.

ELIAS, Maria F. A. L, [et. al.] - As quedas na população idosa: um foco obrigatório da atenção da enfermagem. In **Saúde e Qualidade de Vida: uma meta a atingir**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2011. ISBN 978-989-96103-5-4, p. 258-267.

ELIOPOULOS, Charlotte – **Enfermagem Gerontológica**. Porto Alegre: Artmed, 2010. ISBN 9780781753449.

ESPADA, Carla – **Quedas Mais Vale Prevenir**. Beja: Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde, 2012. Relatório Final de Mestrado.

EUROSTAT - **Eurostat Statistics Explained**. [Em linha]. [Consultado em 30 Jan. 2018]. Disponível na WWW: <URL: www.ec.europa.eu/eurostat>.

FALSARELLA, Gláucia; GASPAROTTO, Livia; COIMBRA, Arlete - Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. Revisão da literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. [Em linha]. 17:4 (2014) 897-910. [Consultado em 14 de Jan. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbqg/v17n4/1809-9823-rbqg-17-04-00897.pdf>>.

FELICIANO, Ana; GALHINHA, Sónia – Perceções dos idosos sobre a sexualidade em idades avançadas – Estudo Exploratório. **Revista da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém**. [Em linha]. 5:3 (2017) 160-169. [Consultado em 5 de Mai. 2019]. Disponível na WWW: <URL: <https://revistas.rcaap.pt/uiips/article/view/14532>>.

FISCHER, Barbara [et al.], 201440 - Declining Cognition and Falls: Role of Risky Performance of Everyday Mobility Activities. **Physical Therapy**. [Em linha]. 94:3. (2014) [Consultado em 14 de Jan. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=24231226&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidata, 2009.

FREITAS, E.; PY, L. – Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4ªed. Rio de Janeiro: Nova Guanabara, 2017. ISBN 978-85-277-2949-9.

FREITAS, Ronaldo [et al.] – Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. ISSN 0034-7167. Vol. 64, nº 3 (2011), p. 478-85.

GAMA, Zenewton; CONESA, Antonia - Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. **Revista de Saúde Pública**. [Em linha]. 42:5 (2008) 946-956. [Consultado em 19 Out. 2017]. Disponível na WWW: <URL: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000500022>>.

GOMES, Rita - **Avaliação do risco de queda no idoso e estratégias preventivas**. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, 2015. Tese de mestrado.

GONÇALVES, Fátima – **Risco de Quedas dos Idosos no Domicílio**. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, 2013. Relatório Final de Mestrado.

GYLLENCREUTZ, Lina [et al.] - Outdoor pedestrian fall-related injuries among Swedish senior citizens - injuries and preventive strategies. **Nordic College of Caring Science**. [Em linha].29 (2014) 225-233. [Consultado em 15 Fev. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=24913321&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

HELPAGE - **Global AgeWatch Index 2015**. [Em linha]. Helpage, 2015. [Consultado em 29 Jan. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.helpage.org/global-agewatch/population-ageing-data/>>.

HOCHMAN, Bernardo [et al.] – Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**. Brasil. Vol. 20, nº 2 (2005), p. 2-9.

HOSSEINI, H.; HOSSEINI, N. - Epidemiology and prevention of fall injuries among the elderly. *Hospital Topics*. [Em linha]. 86:3 (2008) 15-20. [Consultado em 15 Fev. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105549293&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

IMPERATORI, Emílio, GIRALDES, M. Rosário – **Metodologia do Planeamento em Saúde**. 3ªed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

INTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Causas de Morte 2013**. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2015. ISBN 978-989-25-0342-4.

INTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Causas de Morte 2014**. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2016. ISBN 978-989-25-0355-4.

INTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Causas de Morte 2015**. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2017. ISBN 978-989-25-0400-1.

INTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Causas de Morte 2016**. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2018. ISBN 978-989-25-0441-4.

INTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. [Em linha]. [Consultado em 29 Jan. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.ine.pt>>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia**. [Em linha]. [Consultado em 2 Jun. 2018]. Disponível na WWW:

<URL:https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Estatísticas da Saúde 2016**. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2018. ISBN 978-989-25-0439-1.

INTERNATIONAL UNION FOR HEALTH PROMOTION AND EDUCATION – **Declaração de Curitiba para Promoção da Saúde e Equidade**. [Em linha]. International Union for Health Promotion, 2016 [Consultado em 20 dez. 2018]. Disponível na WWW: <URL:<http://iuhpeconference2016.net.br/declaracao-de-curitiba-para-promocao-da-saude-e-equidade/>>.

KALSAIT, Ashwini [et al.] - Correlation of Cognitive Impairment with Functional Mobility & Risk of Fall in Elderly Individuals. **Indian Journal of Physiotherapy & Occupational Therapy**. [Em linha]. 11:2 (2017) 7-11. [Consultado em 12 Fev. 2018]. Disponível na WWW:

<URL:<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=122825628&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

LEININGER, M. - Madeleine Leininger's Theory. In SAGAR, Priscilla - **Transcultural Nursing Theory and Models Application in Nursing Education, Practice, and Administration**. New York: Springer Publishing Company, 2012. ISBN 978-0-8261-0748-0. p. 1-17.

LEININGER, M. In MCFARLAND, Marilyn e WEHBE-ALAMAH, Hiba - **Leininger's Culture Care Diversity and Universality**. 3ª ed. Burlington: Jones & Bartlett Publishers, 2015. ISBN 978-1-284-02662-7.

LEININGER, M. In ORIÁ, Mônica; XIMENES, Lorena; PAGLIUCA, Lorita - Sunrise Model: Análise a partir da perspectiva de Afaf Meleis. **Revista Enfermagem UERJ**. [em linha]. 15:1 (2007) 130-135. [Consultado em 14 Jan. 2018]. Disponível na WWW: <URL:<https://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a21.pdf>>.

LIMA, Deivson [et al.] – O idoso na equipe de Cuidados Continuados Integrados: Programa de Intervenção para Prevenção de quedas. **Revista da Rede de Enfermagem do Noroeste**. Brasil. ISSN 2175-6783. Vol. 14, nº 4 (2013), p. 96-103.

MACIEL, Arlindo - Quedas em idosos: um problema de saúde pública desconhecido pela comunidade e negligenciado por muitos profissionais da saúde e por autoridades sanitárias brasileiras. **Revista Médica de Minas Gerais**. [Em linha]. 20-4 (2010) 554-557. [Consultado em 19 Out. 2017]. Disponível na WWW: <URL: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/336>>.

MAHONEY, F. e BARTHEL, D. - Functional evaluation: The Barthel Index. **Maryland State Medical Journal**. [Em linha]. 14 (1965) 56-61. [Consultado em 9 Jun. 2017]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.kcl.ac.uk/lsm/research/divisions/cicelysaunders/attachments/Tools-BI-Functional-Evaluation-The-Barthel-Index.pdf>>.

MALLOY-DINIZ, L.; CONSEZA, R.; FUENTES, D. - **Neuropsicologia do Envelhecimento, uma abordagem multidimensional**. Porto Alegre, Artemed, 2013. ISBN 9788582710142.

MAROCO, João - **Análise estatística: com utilização do SPSS**. Lisboa, Sílabo, 2007.

MCFARLAND, Marilyn e WEHBE-ALAMAH, Hiba - **Leininger's Culture Care Diversity and Universality**. 3ª ed. Burlington: Jones & Bartlett Publishers, 2014. ISBN 978-1-284-02662-7.

MEDEIROS, E. [et al.] - Determinants of risk of falls among elderly: a systematic study... content seems to change in results sections to different topic. **Journal research Fundamental Care Online**. [Em linha]. 6 (2014) 111-120. [Consultado em 12 Fev. 2018]. Disponível na WWW: <
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=103782978&lang=pt-br&site=ehost-live>>

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Utentes inscritos por Médico de Família ULS Alto – Minho**. [Em linha]. [Consultado em 2 Dez. 2017]. Disponível na www.acss.min-saude.pt>.

MORSE, Janice - **Preventing patients falls: Establishing a fall intervention program**. 2ª ed. New York: Springer Publishing Company, 2009. ISBN 978-0-8261-0389-5.

MOTTA, Luciana [et al.] – Prevalência e fatores associados a quedas em idosos em um município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. [Em linha]. 13:1 (2010) 83-91. [Consultado em 19 Out. 2017]. Disponível na WWW: <URL: <https://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232010000100009>>.

MUIR, Susan [et al.] - Modifiable risk factors identify people who transition from non-fallers to fallers in community-dwelling older adults: a prospective study. **Physiotherapy Canada**. [Em linha]. 62:4 (2010) 358-367. [Consultado em 15 Fev. 2018]. Disponível na WWW:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105010778&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

MYRA, Rafaela [et al.] – Caracterização das condições de saúde e do risco de quedas em uma população idosa. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. [Em linha]. 13:1 (2016) 61-67. [Consultado em 14 Jan. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/4868/pdf>>.

NASCIMENTO, Janaína; TAVARES, Darlene - Prevalência a fatores associados a quedas em idosos. **Texto Contexto Enfermagem**. [Em linha]. 25:2 (2016) 1-9. [Consultado em 14 Jan. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/0104-0707-tce-25-02-0360015.pdf>>.

OLIVEIRA, Adriana [et al.] - Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. [Em linha]. 17:3 (2014) 637-645. [Consultado em 14 Jan. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00637.pdf>>.

OLIVEIRA, Flávia [et al.] - Produção científica acerca dos fatores de risco ambientais para quedas em idosos: Revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE Online**. [Em linha]. 9:2 (2015) 759-767. [Consultado em 14 Jan. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10396/11158>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem**. [Em linha]. 2001. [Consultado em 14 Jan. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento do exercício profissional do enfermeiro**. [Em linha]. 2015. [Consultado em 14 Jan. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>>.

PALMA, Cidália - **Um contributo para a melhoria contínua da qualidade**. Beja: Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde, 2012. Projeto de Intervenção.

PANNO in FREITAS, E.; PY, L. – Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4ªed. Rio de Janeiro: Nova Guanabara, 2017. ISBN 978-85-277-2949-9.

PINHO, Tatyana - **Avaliação do Risco de Quedas em Idosos na Perspectiva das Representações Sociais**. Paraíba: Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, 2009. Dissertação de Mestrado.

PINHO, Tatyana [et al.] - Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. ISSN 0080-6234. Vol. 46, nº2 (2011), p. 320-327.

PORTAL DA SAÚDE PÚBLICA - **Carta de Ottawa. Promoção de saúde nos Países Industrializados**. [em linha]. [Consultado a 1.11.2018]. Disponível na WWW: <URL: http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm>.

PORTAL DO OBSERVATÓRIO SOBRE INIQUIDADES EM SAÚDE - **Determinantes Sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead**. [Em linha.] Brasil, 2011. [Consultado em 26 Junh. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://dssbr.org/site/>>.

PREVENTION OF FALLS NETWORK EUROPE OF DESSEMINATION - **Falls Prevention Intervention Factsheets**. [Em linha]. [Consultado em 26 Out. 2016]. Disponível na WWW: <URL: <http://profound.eu.com/wp-content/uploads/2015/10/Updated-Falls-Intervention-Factsheets.pdf>>.

PRIOR, Ana – **O Risco de Quedas nos Idosos do Concelho de Proença a Nova**. Castelo Branco: Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Educação de Castelo Branco, 2015. Dissertação de Mestrado.

REGULAMENTO nº 128/2011 **DR II Série**. 35 (2011/02/18) 8667- 8669.

RODRIGUES, Gabriel; BARBEITO, Andressa; JUNIOR, Edmundo - Prevenção de quedas no idoso: Revisão da literatura brasileira. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**. [Em linha]. 10:59 (2016) 431-437. [Consultado em 14 Jan. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/990/808>>.

RODRIGUES, Iara; FRAGA, Gustavo; BARROS, Marilisa - Falls among the elderly: risk factors in a population-based study. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. [Em linha]. 17:3 (2014) 705-718 [Consultado em 19 OUT. 2017]. Disponível na WWW: <URL: <https://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400030011>>.

ROSA, Ana – **Avaliação do Risco de Queda em Utentes que frequentam os Serviços de Fisioterapia de SESARAM, E.P.E**. Madeira: Universidade da Madeira, 2013. Dissertação de Mestrado.

SACCOMANO, Scott; FERRARA, Lucille - Fall prevention in older adults. **Nurse Practitioner**. [Em linha]. 40:6 (2015) 40-46. [Consultado em 19 Out. 2017]. Disponível na WWW: <URL:

http://journals.lww.com/tnpj/Fulltext/2015/06000/Fall_prevention_in_older_adults.7.aspx>.

SAGAR, Priscilla - **Transcultural Nursing Theory and Models Application in Nursing Education, Practice, and Administration**. New York: Springer Publishing Company, 2012. ISBN 978-0-8261-0748-0.

SANTOS, Roberta [et al.] - Prevalência e fatores associados ao risco de quedas em idosos adscritos a uma Unidade Básica de Saúde do município de Natal, RN, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. [Em linha]. 20:12 (2015) 3753-3762. [Consultado em 14 Jan. 2018] Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3753.pdf>>.

SANTOS, Silvana [et al.] - Risco de quedas em idosos: revisão integrativa pelo diagnóstico da North American Nursing Diagnosis Association. **Revista Escola de Enfermagem USP**. - [Em linha]. 46:5 (2012) 1227-1236. [Consultado em 14 Jan. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/27.pdf>>.

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE – **Tropeções, quedas e trambolhões**. [Em linha]. [Consultado em 2 Fev. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://biblioteca.min-saude.pt/livro/sns1#page/2>>.

SILVA, Nélia – **As quedas nos idosos: A importância da Educação para a Saúde**. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, 2012. Dissertação.

SIQUEIRA, Fernando [et al.] - Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**. [Em linha]. 41:5 (2007) 749-756. [Consultado em 19 Out. 2017]. Disponível na WWW: <URL: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000500009>>.

SMITH, Adriana [et al.] - Avaliação do risco de quedas em idosos residentes em domicílio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. [Em linha]. 25 (2017) 1-9. [Consultado em 18 Out. 2017]. Disponível na WWW: <URL: <https://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0671.2754>>.

SOUSA, Luís [et al.] - Risco de quedas em idosos residentes na comunidade: revisão sistemática da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. ISSN 1983-1447. Vol. 37, nº 4 (2016), p. 1-9.

SOUSA, Rita – **Prevenção de Quedas na População Geriátrica**. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2015. Artigo de Revisão.

TALARSKA, Dorota [et al.] - Is independence of older adults safe considering the risk of falls? **BMC Geriatrics**. [Em linha]. 17:66 (2018) [Consultado em 15 Fev. 2017]. Disponível na WWW: <URL: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12877-017-0461-0?site=bmcgeriatr.biomedcentral.com>>.

TOMEY, Ann e ALIGOOD, Martha – **Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-74-6.

TRAVANCA, Carla [et al.] - **Projeto: Quedas - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Abrantes, Tomar e Torres Novas: Centro Hospitalar Médio Tejo. 2011. Projeto de Intervenção.

VALENTE, Susana – **Validação de um questionário de saúde e identificação de fatores de risco de quedas para a população idosa Portuguesa**. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa Faculdade de Motricidade Humana, 2012. Dissertação de Mestrado.

VIEIRA, Chrystiany [et al.] - Factores de risco associados a quedas em idosos. **Revista de enfermagem UFPE online**. [Em linha]. 10:11 (2016) 4028-35. [Consultado em 18 Out. 2017]. Disponível na WWW: <URL: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10372/pdf_11337>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Active Ageing A Policy Framework**. [Em linha]. World Health Organization, 2002. [Consultado em 11 Nov. 2016]. Disponível na WWW: <URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Astana Declaration on Primary Health Care: From Alma-Ata towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals**. [Em linha]. World Health Organization, 2018. [Consultado em 20 Dez. 2018]. Disponível na WWW: <URL: https://www.who.int/primary-health/conference-phc/DRAFT_Declaration_on_Primary_Health_Care_28_June_2018.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Envelhecimento e Ciclo de Vida, Saúde na Família e na Comunidade: Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas**. Portugal: Artes Gráficas, 2009. ISBN 978-989-95568-6-7.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Health Promotion Glossary**. [Em linha]. World Health Organization, 1998. [Consultado em 2 Jun. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Helsinki Statement Framework for Country Action**. [Em linha]. World Health Organization, 2014. [Consultado em 10 Mai. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.ngos4healthpromotion.net/wordpress4hp/wp-content/uploads/2016/11/helsinki.pdf>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Nairobi Call To Action**. [Em linha]. World Health Organization, 2009. [Consultado em 10 Mai. 2018]. Disponível na WWW: <URL: http://www.ngos4healthpromotion.net/wordpress4hp/wpcontent/uploads/2017/04/Nairobi_Call_to_Action_Nov09.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project**. [Em linha]. World Health Organization, 2002. [Consultado em 6 Jan. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **The Ottawa Charter of Health Promotion. First international conference on health**. [Em linha]. World Health Organization, 1986. [Consultado em 5 de Jun. 2017]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/print.html>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Uma Declaração de Jacarta sobre a Promoção da Saúde no Século XXI** [Em linha]. World Health Organization, 1997. [Consultado em 11 de Mai. 2018]. Disponível na WWW: <URL: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **WHO global report on falls prevention in older age**. [Em linha]. World Health Organization, 2007. [Consultado em 29 Dez. 2017]. Disponível na WWW: <URL: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf>.

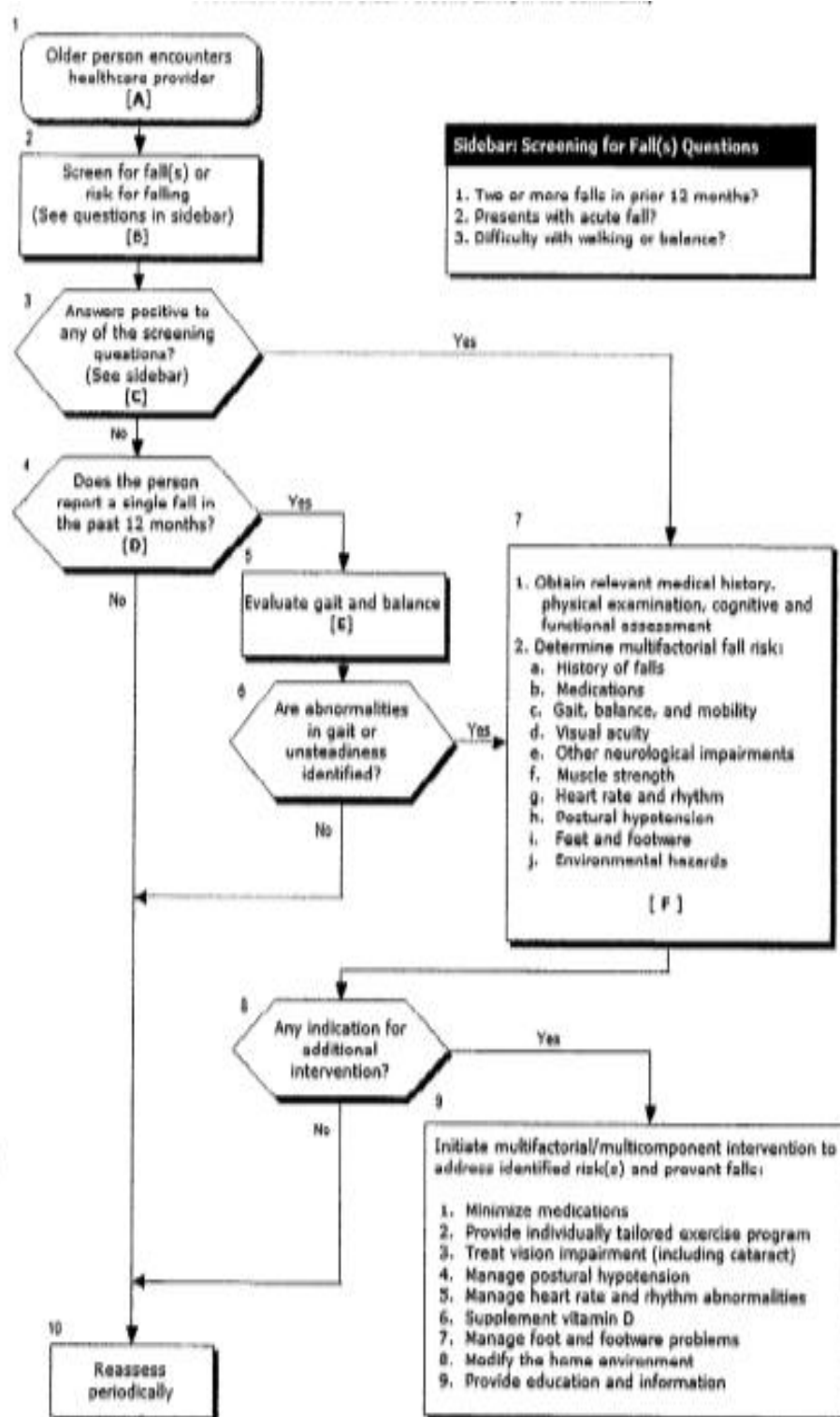
WORLD HEALTH ORGANIZATION - **World Alliance for Patient Safety Forward Programm**. [Em linha]. World Health Organization, 2004. [Consultado em 6 Jan. 2018]. Disponível na WWW: <URL: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **World report on ageing and health**. Geneva: WHO, 2015. ISBN 978 92 4 156504 2.

WYNDHAM, M. - Falls and syncope in the elderly. **Practice Nurse**. [Em linha]. 40:9 (2010) 31-35. [Consultado em 18 Out. 2017]. Disponível na WWW: <URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104973375&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

ANEXOS

Anexo A - Algoritmo *“Preventing of Falls in
Older Persons Living in the Community”*



In AGS/BGS,2011, p. 150

Anexo B - Escala de Morse

Escala de Morse

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andarlho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debilitado	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15

In Costa-Dias, Ferreira e Oliveira, 2014, p. 9

Anexo C - Índice de Barthel

BARTHEL INDEX

	<i>With Help</i>	<i>Independent</i>
1. Feeding (if food needs to be cut up = help)	5	10
2. Moving from wheelchair to bed and return (includes sitting up in bed)	5-10	15
3. Personal toilet (wash face, comb hair, shave, clean teeth)	0	5
4. Getting on and off toilet (handling clothes, wipe, flush)	5	10
5. Bathing self	0	5
6. Walking on level surface (or if unable to walk, propel wheelchair) *score only if unable to walk	0*	5*
7. Ascend and descend stairs	5	10
8. Dressing (includes tying shoes, fastening fasteners)	5	10
9. Controlling bowels	5	10
10. Controlling bladder	5	10

In Mahoney e Barthel, 1965, p. 2

**Anexo D - Questionário de saúde e
identificação de fatores de risco de queda
para a população idosa**



Anexo 2



COD.AVAL _____

QUESTIONÁRIO

Hora: ____ h ____ m

CODIGO _____

1. Estado de Saúde Geral

1.1. Considera que, actualmente, a sua **saúde** é (assinale com um círculo):

Muito má Má Razoável Boa Excelente

1.1. Actualmente diria que a sua **visão**, usando **ambos os olhos** (com óculos ou lentes de contacto, se os utilizar) é:

Muito má Má Razoável Boa Excelente

1.2. Usa **lentes bifocais**? ☐ Não ☐ Sim

1.3. Considera que, actualmente, a sua **audição** (com aparelho auditivo, se o utilizar) é:

Muito má Má Razoável Boa Excelente

1.4. Foi sujeito a alguma intervenção cirúrgica nos últimos 12 meses? ☐ Não ☐ Sim

1.4.1. Em caso afirmativo, especifique: _____

2. Autonomia

2.1. É autónomo em todas as tarefas diárias (ex: vestir-se, tomar banho, etc.)? ☐ Não ☐ Sim

2.2. Utiliza algum auxiliar de marcha (canadiana, bengala, etc)? ☐ Não ☐ Sim

2.2.1. Se sim, este equipamento permite que se desloque autonomamente? ☐ Não ☐ Sim

3. Doenças Crónicas e Medicação

3.1. Toma **medicamentos** actualmente? ☐ Não ☐ Sim Quantos? _____

Se **sim**, toma medicamentos para doenças do foro psíquico? ☐ Não ☐ Sim

In Valente, 2012, p. 58

4. Ocorrência de quedas (últimos 12 meses)

4.1. Tem medo de cair?

Nunca Ocasionalmente Frequentemente Sempre

4.1.1. Esse medo de cair o impede-o de realizar alguma(s) das actividades diárias? que se seguem?

☐ Não

☐ Sim

4.2. No último ano (12 meses) quantas vezes caiu? _____

4.2.1. Em relação à pior queda (consequência mais grave):

Onde caiu?	O que estava a fazer?
<input type="checkbox"/> Dentro da sua casa <input type="checkbox"/> À entrada de casa ou no quintal <input type="checkbox"/> Fora de casa no exterior <input type="checkbox"/> Fora de casa num espaço fechado	<input type="checkbox"/> Caminhar <input type="checkbox"/> Caminhar a subir (rampa, ladeira, outro) <input type="checkbox"/> Caminhar a descer (rampa, ladeira, outro) <input type="checkbox"/> Subir escadas <input type="checkbox"/> Descer escadas <input type="checkbox"/> Baixar ou Levantar <input type="checkbox"/> Ultrapassar Obstáculo (passeio, outro) <input type="checkbox"/> Outra: _____
Porque caiu? <input type="checkbox"/> Escorreguei <input type="checkbox"/> Tropecei <input type="checkbox"/> Perdi os sentidos <input type="checkbox"/> Tive uma tontura <input type="checkbox"/> Senti fraqueza nas pernas <input type="checkbox"/> Outra: _____	
Como resultado da queda, quanto tempo esteve impossibilitado de realizar as actividades normais do dia-a-dia ? ____ dias Como resultado da queda sofreu alguma lesão? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, fez alguma fractura? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Onde? Assinale o local na imagem.	

Hora: __h__min

In Valente, 2012, p. 59

APÊNDICES

**Apêndice A - Pedido de autorização para
recolha de dados e parecer da Comissão de
Ética para a Saúde da ULSAM**

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Alto-Minho

Dr. Franklin Ramos

Assunto: *Pedido de autorização para a realização do estudo de investigação “Risco de queda no idoso em contexto comunitário” a realizar nas unidades de saúde do Centro de Saúde de Viana do Castelo.*

Eu, Ana Isabel Faria da Costa, enfermeira a exercer funções na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Viana do Castelo - Extensão de Lanheses, pertencente à Unidade Local de Saúde do Alto-Minho e a frequentar o 2º Ano do III Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo (Curriculum Vitae em anexo), venho por este meio solicitar a V. Ex^a a autorização para a realização do estudo “Risco de queda no idoso em contexto comunitário”, sob a orientação da Prof. Doutora Cidália Amorim (declaração em anexo) no Centro de Saúde de Viana do Castelo.

Uma vez que a “queda no idoso” é uma problemática muito importante para as políticas de saúde nacionais e as suas consequências são causadores de inúmeras complicações e elevada morbilidade, pretende-se estudar os riscos de queda dos idosos inscritos no Centro de Saúde de Viana do Castelo e os seus fatores desencadeantes, de forma a orientar as práticas dos profissionais de saúde com vista na prevenção das mesmas.

O estudo proposto tem por base uma investigação quantitativa, de natureza descritiva, analítica, exploratória e de carácter transversal, prevendo a sua realização em todas as unidades de saúde pertencentes ao Centro de Saúde de Viana cujos seus coordenadores autorizem. Todas as unidades foram contactadas, tendo sido disponibilizado o próprio projeto para análise. As unidades que aceitaram participar na investigação foram: a UCSP Viana do Castelo, USF Cuidarte e USF Gil Eanes, apenas a USF Tiago de Almeida recusou a participação, devido à instabilidade atual da equipa causada pela falta de um elemento de enfermagem. (Autorização para a realização do estudo pelos coordenadores das unidades em anexo).

De forma a garantir a resposta a todos os requisitos para a análise de projetos de investigação clínica pela Comissão Ética para a Saúde da ULSAM, envia-se em anexo o projeto de investigação, que está na base deste estudo e que foi aprovado pelo Conselho Técnico-Científico da Escola de Enfermagem de Viana do Castelo. Esse documento é constituído por uma introdução, seguida do enquadramento teórico, onde se aborda a relevância da problemática em questão.

A metodologia a aplicar encontra-se explanada no ponto 2 do projeto de investigação, onde são desenvolvidos os seguintes assuntos: finalidade de investigação; questão de investigação e objetivos; tipo de estudo; contexto, população e amostra; variáveis e hipóteses; instrumentos e procedimentos de recolha de dados e questões éticas. O cronograma proposto encontra-se

no apêndice A do referido documento. No apêndice C, encontra-se o Consentimento Informado elaborado de acordo com os princípios éticos da Declaração de Helsínquia, contendo toda a informação relevante acerca do estudo e que será disponibilizado aos utentes que queiram participar.

Resta salientar que este estudo não acarreta custos associados, nem para os participantes nem para os serviços, nem requer a utilização de recursos humanos da instituição, uma vez que os questionários serão aplicados pela própria investigadora.



Assim sendo, solicita-se a autorização para a aplicação do questionário que se encontra no Apêndice D do Projeto de Investigação, aos utentes inscritos nas unidades de saúde do Centro de Saúde de Viana do Castelo.

Para mais esclarecimentos, disponibiliza-se o seguinte contato telefónico (Ana Costa) 962747993 e o email anacosta2853@gmail.com. Agradece-se uma resposta célere ao pedido efetuado, devido aos limites temporais a que estamos sujeitos neste processo académico.

Atentamente,

Ana Inês Faria de Costa

Viana do Castelo 29 de Novembro de 2017

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MIMINGO, EPE	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 48/2017 -CES	 Pág. 1 de 1
--	--	--

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº 167- 04/12/2017 Assunto: Risco de Queda no Idoso em contexto comunitário	Solicitado pelo Conselho de Administração Em nome do(s) investigador(es): Enfª Ana Isabel Faria da Costa, a frequentar o 2º ano de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária
---	--

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

Pedido de autorização para realizar um estudo quantitativo, de natureza descritiva, analítica, exploratória e de carácter transversal, sob o tema "Risco de Queda no Idoso". Será dirigido a indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos de idade, em todas as Extensões de Saúde e USF's do Centro de Saúde de Viana do Castelo, à exceção da USF Tiago de Almeida.

2. Fundamentação

Uma vez que a "queda no idoso" é uma problemática muito importante para as políticas de saúde nacionais e as suas consequências são causadoras de inúmeras complicações e elevada morbilidade, pretende-se estudar os riscos de queda dos idosos inscritos no Centro de Saúde de Viana do Castelo e os seus fatores desencadeantes, de forma a orientar as práticas dos profissionais de saúde com vista à prevenção das mesmas.

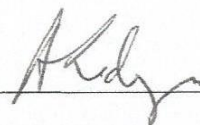
3. Conclusão/parecer

O projeto está conforme as exigências do Mod. Q755. CES, pelo que não foi encontrado qualquer obstáculo à emissão de parecer favorável à sua realização.

Nota: Referências bibliográficas:

Relator(es)	Alda Felgueiras
Ratificado em reunião do dia	13-12-2017
Enviado parecer: __/__/__	

13/12/2017 O Presidente da CES



Aufezado
Breno Barro
20.12.2017

Rosário Barros
Enfermeira Diretora



Apêndice B - Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO
de acordo com a Declaração de Helsínquia¹

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a participação neste estudo, queira assinar este documento.

Título do estudo: Risco de Queda no Idoso em Contexto Comunitário

Enquadramento: Estudo efetuado no âmbito de Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, pela enfermeira Ana Isabel Costa, sob a orientação da Professora Doutora Cidália Amorim. Apresenta como principais objetivos: avaliar o risco de quedas nos idosos inscritos no Centro de Saúde de Viana do Castelo no 1º Trimestre de 2018 e identificar alguns dos fatores de risco de queda.

Explicação do estudo: O estudo será realizado nas unidades de saúde pertencentes ao Centro de Saúde de Viana do Castelo com a aplicação de um questionário, dirigido aos utentes com idade igual ou superior a 65 anos, e que contém uma breve caracterização sociodemográfica (apenas com a identificação da idade, sexo, local de residência e unidade de saúde onde se encontra inscrito), a Escala de Morse, a Escala de Barthel, o questionário de saúde e identificação de fatores de risco de queda para a população idosa e uma questão acerca da necessidade de utilização dos serviços de saúde após a ocorrência da queda.

Condições e financiamento: Este estudo foi submetido a análise e obteve parecer favorável da Comissão de Ética da ULSAM. Não existem custos associados caso decida participar, bastando disponibilizar cerca de 15 min. ao preenchimento do questionário. Atendendo ao caráter voluntário da participação, a sua não participação ou exclusão não trará quaisquer consequências ou prejuízos futuros.

Confidencialidade e anonimato: A recolha, processamento e utilização dos dados será sempre realizada de forma confidencial e garantindo o anonimato dos participantes, sendo utilizados apenas e só para os fins acima indicados.

Investigadores: Em meu nome Ana Isabel Faria da Costa e da Professora Doutora Cidália Amorim, agradeço antecipadamente a atenção disponibilizada a este estudo. Qualquer dúvida poderá esclarecer para: anacosta2853@gmail.com

Assinatura/s: Ana Isabel Faria da Costa
.....

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome:

Assinatura: Data:/...../.....

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS: UMA PARA O INVESTIGADOR E OUTRA PARA O PARTICIPANTE

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinqia_2008.pdf

Apêndice C - Autorização para a
utilização do questionário de saúde e
identificação de fatores de risco de queda
para a população idosa



Filomena Carnide <fcarnide@fmh.ulisboa.pt>

para CIDÁLIA, fcarnide, eu ▾

17 de jan de 2018 18:30



Exma. Senhora

Professora Doutora Cidália Amorim

Muito boa tarde

Muito agradeço o interesse e a diligência desenvolvida para a utilização do questionário de avaliação do estado de saúde e risco de queda validado para a população idosa em Portugal.

Permanecemos disponíveis para quaisquer informação que entenda relevantes para a aplicação e análise dos dados.

Com os nossos melhores cumprimentos

Filomena Carnide

Laboratório de Biomecânica e Morfologia Funcional (<http://neuromechanics.fmh.ulisboa.pt/>)

Departamento Desporto e Saúde

Faculdade de Motricidade Humana | Universidade de Lisboa

Estrada da Costa, 1499-002 Cruz Quebrada fcarnide@fmh.ulisboa.pt | tel 214149162



UNIVERSIDADE
DE LISBOA



Apêndice D - Questionário *“Risco de queda
no idoso em contexto comunitário”*

QUESTIONÁRIO - Queda no Idoso

A - Dados pessoais			
1. Idade:	_____ Anos		
2. Sexo:	Masculino <input type="checkbox"/>	Feminino <input type="checkbox"/>	
3. Local de Residência:	_____		
4. Unidade de Saúde:	UCSP Viana do Castelo <input type="checkbox"/>	Extensão de Lanheses <input type="checkbox"/>	
	Extensão de Aífe <input type="checkbox"/>	Extensão de Sta. Maria <input type="checkbox"/>	
	Extensão de Carreço <input type="checkbox"/>	USF Cuidarte <input type="checkbox"/>	
	Extensão da Meadela <input type="checkbox"/>	USF Gil Eanes <input type="checkbox"/>	
B - Escala de Quedas de Morse			Pontuação
1. Historial de quedas nos últimos três meses	1. Não		0
	2. Sim		25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	1. Não		0
	2. Sim		15
3. Ajuda para caminhar	1. Nenhum/necessita de ajuda/acamado/cadeira de rodas		0
	2. Muletas/canadianas/bengala/andarilho		15
	3. Apoia-se no mobiliário para andar		30
4. Terapia intravenosa	1. Não		0
	2. Sim		20
5. Postura no andar e na transferência	1. Normal/acamado/imóvel		0
	2. Debilitado		10
	3. Dependente de ajuda		20
6. Estado mental	1. Consciente das suas capacidades		0
	2. Esquece-se das suas limitações		15
TOTAL			
C - Escala de Barthel			Pontuação
1. Alimentação	1. Independente		10
	2. Precisa de alguma ajuda		5
	3. Dependente		0
2. Transferência	1. Independente		15
	2. Precisa de alguma ajuda		10
	3. Necessita da ajuda de outra pessoa, não consegue sentar-se		5
	4. Dependente, não tem equilíbrio sentado		0
3. Toalete	1. Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes		5
	2. Dependente, necessita de alguma ajuda		0
4. Utilização de WC	1. Independente		10
	2. Precisa de alguma ajuda		5
	3. Dependente		0
5. Banho	1. Toma banho só		5
	2. Dependente, necessita de alguma ajuda		0
6. Mobilidade	1. Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)		15
	2. Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda		10
	3. Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros		5
	4. Imóvel		0
7. Subir e descer escadas	1. Independente, com ou sem ajudas técnicas		10
	2. Precisa de ajuda		5
	3. Dependente		0
8. Vestir	1. Independente		10
	2. Com ajuda		5
	3. Impossível		0
9. Controle intestinal	1. Controla perfeitamente		10
	2. Acidente ocasional		5
	3. Incontinente ou precisa do uso de clisteres		0
10. Controle urinário	1. Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manipular a algália sozinho		10
	2. Acidente ocasional (máximo 1 vez/semana)		5
	3. Incontinente ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho		0
TOTAL			

D - Fatores de risco de queda na população idosa Estado de Saúde Geral

1. Considera que atualmente a sua saúde é:	Muito má	<input type="checkbox"/>
	Má	<input type="checkbox"/>
	Razoável	<input type="checkbox"/>
	Boa	<input type="checkbox"/>
	Excelente	<input type="checkbox"/>
2. Atualmente diria que a sua visão, usando ambos os olhos (com óculos ou lentes de contacto, se os utilizar) é:	Muito má	<input type="checkbox"/>
	Má	<input type="checkbox"/>
	Razoável	<input type="checkbox"/>
	Boa	<input type="checkbox"/>
	Excelente	<input type="checkbox"/>
3. Considera que, atualmente a sua audição (com aparelho auditivo, se o utilizar) é:	Muito má	<input type="checkbox"/>
	Má	<input type="checkbox"/>
	Razoável	<input type="checkbox"/>
	Boa	<input type="checkbox"/>
	Excelente	<input type="checkbox"/>
4. Foi sujeito a alguma intervenção cirúrgica nos últimos 12 meses	Não (Passar para a questão 5)	<input type="checkbox"/>
	Sim	<input type="checkbox"/>

4.1. Em caso afirmativo, especifique _____

Autonomia

5. É autónomo em todas as tarefas diárias (ex.: vestir-se, tomar banho, etc.)?	Não	<input type="checkbox"/>
	Sim	<input type="checkbox"/>
6. Utiliza algum auxiliar de marcha (canadiana, bengala, etc.)?	Não (Passar para a questão 7)	<input type="checkbox"/>
	Sim	<input type="checkbox"/>
6.1. Se sim, este equipamento permite que se desloque autonomamente	Não	<input type="checkbox"/>
	Sim	<input type="checkbox"/>

Doenças Crónicas e Medicação

7. Toma medicamentos, atualmente?	Não	<input type="checkbox"/>
	Sim	<input type="checkbox"/>
7.1. Se sim, quantos toma diariamente?		
7.1.1. Toma medicamentos para doenças do foro psíquico?	Não	<input type="checkbox"/>
	Sim	<input type="checkbox"/>

Ocorrência de Quedas (últimos 12 meses)

8. Tem medo de cair?		8.1. Esse medo de cair impede-o de realizar alguma(s) atividades diárias?
Nunca (Passar para a questão 9)	<input type="checkbox"/>	Não
Ocasionalmente	<input type="checkbox"/>	Sim
Frequentemente	<input type="checkbox"/>	
Sempre	<input type="checkbox"/>	
		9. No último ano (12 meses) quantas vezes caiu? _____ (Terminar questionário se a resposta for 0)

EM RELAÇÃO À PIOR QUEDA (CONSEQUÊNCIA MAIS GRAVE):

9.1. Onde caiu?		9.2. Porque caiu?
Dentro de casa	<input type="checkbox"/>	Escoreguei
À entrada de casa ou no quintal	<input type="checkbox"/>	Tropecei
Fora de casa no exterior	<input type="checkbox"/>	Perdi os sentidos
Fora de casa num espaço fechado	<input type="checkbox"/>	Tive uma tontura
		Senti fraqueza nas pernas
		Outra: _____
9.3. O que estava a fazer?		9.4. Como resultado da queda, quanto tempo esteve impossibilitado de realizar as atividades normais do dia-a-dia? _____ dias
Caminhar	<input type="checkbox"/>	
Caminhar a descer	<input type="checkbox"/>	9.5. Como resultado da queda sofreu alguma lesão?
Subir escadas	<input type="checkbox"/>	Não (Terminar questionário)
Descer escadas	<input type="checkbox"/>	Sim
Baixar ou levantar	<input type="checkbox"/>	
Ultrapassar obstáculos	<input type="checkbox"/>	9.5.1. Que tipo de lesão? _____
Outra: _____		
		9.5.2. Fez alguma fratura?
		Não (Passar à questão E)
		Sim
		9.5.3. Onde? _____

E - Dados adicionais

Utilizou algum Serviço de Saúde após a queda:	Nenhum	<input type="checkbox"/>	Hospital	<input type="checkbox"/>
	Centro de Saúde	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>

